



Asta Kovalainen & Pia Käsäkoski

AVH-VASTAAVAN TOIMINTA AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖIHIN LIITTYVÄN KUNTOUTUKSEN TUKENA

**AVH-VASTAAVAN TOIMINTA AIVOVERENKIERTOHAIRIÖIHIN LIITTYVÄN
KUNTOUTUKSEN TUkena**

Asta Kovalainen
Pia Känsäkoski
Opinnäytetyö
Kevät 2013
Terveysten edistämisen koulutusohjelma
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu
Ylempi ammattikorkeakoulu, Terveystieteiden edistämisen koulutusohjelma

Tekijät: Asta Kovalainen & Pia Käsäkoski

Opinnäytetyön nimi: AVH-vastaavan toiminta aivoverenkiertohäiriöihin liittyvän kuntoutuksen tukena

Työnohjaajat: Yliopettaja, TtT Hilka Honkanen, yliopettaja TtT Arja Veijola, yamk-opiskelija Salla Jämsén

Työn valmistumislukukausi- ja vuosi: Kevät 2013

Sivumäärä: 54

Tutkimuksen tausta ja tarkoitus: Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata AVH-vastaavien kokemuksia KYTKE-hankkeessa kehitetystä toimintamallista aivoverenkiertohäiriöihin liittyvän kuntoutuksen tukena sekä toiminnan kehittämishaasteita. AVH-vastaava on henkilö, joka koordinoi AVH-potilaan hoito- ja palveluprosessin kokonaisuutta. Huomiota kiinnitetään kotona selviytymisen tukemiseen ja hoito- ja palveluprosessien saumattomaan kytkeytymiseen toisiinsa. AVH-vastaavan toimintamalli kiinnittyy Terveystieteiden malliin ja salutogeneesi näkökulmaan.

Aineisto ja menetelmät: Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla seitsemää AVH-vastaavaa Oulun eteläisellä ja pohjoisella alueella, omista työyksiköistään. Haastattelun teemat liittyivät kokemuksiin KYTKE-hankkeessa kehitetystä toimintamallista aivoverenkiertohäiriöihin liittyvän kuntoutuksen tukena sekä ajatuksia toiminnan kehittämistarpeista. Laadullisen tapaustutkimuksen aineisto analysoitiin sisällön analyysillä.

Tulokset: AVH-vastaavan toimintamallin koettiin olevan selkeä ja toimiva. Sen myötä kuntoutusketjun toimivuus oli tehostunut ja yhteistyön eri toimijoiden kesken koettiin lisääntyneen. Asiakasohjauksen koettiin kehittyneen ja monipuolistuneen. Kuntoutujan ja hänen omaistensa kanssa tehtävä yhteistyö oli parempaa ja tehokkaampaa aiempaan verrattuna. Epäselvyyksiä koettiin lähinnä yhteneväisen työtavan löytämisessä sekä kuntoutujien potilastietojen siirrossa. Suurimmaksi ongelmaksi koettiin AVH-vastaavien resurssien riittävyys.

Johtopäätökset: Moniammatillisen työtavan avulla kuntoutus- ja hoitoprosessista oli tullut sujuvampaa ja se helpotti hoitoketjun toimivuutta. Yhteistyö helpotti työntekijöiden toimimista. Kuntoutujalla ja hänen omaisillaan oli turvallisempaa olla kotona.

Tulosten hyödyntäminen: Tietoa voidaan käyttää toimintamallin edelleen kehittämiseen.

Asiasanat: AVH-vastaava, aivoverenkiertohäiriö, ohjaus, kuntoutus, toimintamalli

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Health Promotion

Authors: Asta Kovalainen, Pia Käsäkoski

Title of thesis: Action of the stroke-equivalent in supporting rehabilitation related to stroke.

Supervisor: Principal Lecturer; PhD Hilka Honkanen, Principal Lecturer, PhD Arja Veijola, student at Master's level Salla Jämsén

Term and year when thesis was submitted: Spring 2013 Number of pages: 54

The purpose and goal: The purpose of this thesis was to describe the experiences of the programme which the stroke-equivalents are using and what the development challenges are of the activity. The programme which is related to supporting stroke rehabilitation has been developed by KYTKE-project. The stroke-equivalent is the person who coordinates the entire nursing process in case of stroke. The attention is drawn to the survival of the home support and care nursing processes seamlessly connecting to each other. The programme of the stroke-equivalent becomes attached to chronic care model and salutogenesis perspective.

The theoretical framework: The research material was collected by interviewing seven stroke-equivalents from southern and northern area of Oulu in their own units. The subject of the interviews related to experiences of the programme which is supporting rehabilitation related to stroke developed by KYTKE-project and ideas on development needs. The qualitative case research material was analyzed by content analysis.

The results: The programme was experienced clear and functional. Along the programme the rehabilitation chain had strengthen and cooperation between different operators were considered to have increased. The client guidance had been developing and versatile. The cooperation with rehabilitation patient and his relatives had been better and active compared to earlier cooperation. Confusion had been experienced mostly in finding compatible methods and transfer information of patients. Most prominent problem was the lack of resource among the stroke-equivalents in their tasks.

The conclusion: A multi professional methods by means of rehabilitation and treatment process had become fluent and made the functioning easier. The cooperation of the employees was eased. The rehabilitation patient and his relatives were safer to be at home.

Exploitation: The knowledge can be used to further development of the programme.

Keywords: stroke-equivalent, stroke, counseling, rehabilitation, the programme

TAULUKOT, KUVIOT JA LIITTEET

TAULUKOT:

TAULUKKO 1. 1 ja 3-6 kuukauden seurantakäynnit.

KUVIOT:

KUVIO 1. Terveystyömallin toteuttaminen pitkäaikaissairaiden hoidossa

KUVIO 2. Perusterveydenhuollon akuuttivuodeosastolla tapahtuva potilaan vastaanottaminen ja alkukartoitus

KUVIO 3. Kotiutussuunnitelma laatimisesta ja kotiuttamisesta

LIITTEET:

LIITE 1. Akuutti vuodeosasto

LIITE 2. Teemahaastattelurunko

LIITE 3. Taulukot aineiston analyysistä

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	3
ABSTRACT.....	4
1 JOHDANTO	7
2 AVH-KUNTOUTUKSEN KEHITTÄMINEN KYTKE HANKKEESSA	9
2.1 AVH-vastaavan toimintamallin pilotointi	9
2.2 Terveystyömalli AVH-kuntoutuksessa	10
2.2.1 Aivoverenkiertohäiriö (AVH).....	13
2.2.2 AVH-kuntoutuksen periaatteet	15
2.3. AVH-vastaavan toimenkuva ja tehtävät	19
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	28
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	29
4.1 Aineiston kerääminen ja analyysi.....	30
4.2 Aineiston analysointi	30
5 TUTKIMUSTULOKSET	32
5.1 AVH-vastaavan kokemuksia toimintamallista.....	32
5.1.1 Toimintamallin käyttöönotto ja resurssointi	32
5.1.2 AVH-kuntoutus vuodeosastolla	34
5.1.3 AVH-kuntoutujan tiedon siirtyminen hoitoyksiköstä toiseen	35
5.1.4 AVH-kuntoutujan tukeminen AVH-vastaavan toiminnalla.....	35
5.1.5 Kolmannen sektorin ja AVH-vastaavan yhteistyö.....	37
6 POHDINTA	39
6.1 Tulosten tarkastelu.....	39
6.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	41
6.3 Tulosten sovellettavuus sekä jatkokehittämishaasteet.....	42
LÄHTEET	43
LIITTEET	49

1 JOHDANTO

Suomessa sairastuu aivoverenkiertohäiriöihin (AVH) jopa 13 000 ihmistä vuodessa. Heistä kolmannes on työikäisiä ja 75 % yli 64-vuotiaita. Tulevaisuudessa sairastuvuus lisääntyy entisestään, sillä väestömme ikääntyy. Sairauden hoitamiseen ja kuntoutukseen tarvitaan monia tahoja, joiden moninainen toiminta tuo omat kehittämishaasteensa aivoverenkiertohäiriöihin sairastuneiden hoitoon ja kuntoutukseen. (Terveysportti 2011, hakupäivä 14.4.2013.)

AVH-kuntoutusta varjostaa maassamme palvelujärjestelmän sekavuus ja jäsentämättömyys. Kuntoutuksen ympärille on muodostunut monitahoinen ja hankalasti ymmärrettävä rakenne lainsäädäntöä, palvelujen järjestäjiä, rahoittajia ja tuottajia. (Järvikoski 2011, 53.) Suurena ongelmana AVH-kuntoutujille sekä heidän omaisilleen onkin ollut tiedon saaminen palveluista, niiden lähtökohdista ja mahdollisuuksista (Koukkari 2010, 125).

KYTKE-hanke on pyrkinyt vastaamaan kuntoutujien repaleiseen palvelujärjestelmään kehittämällä uudenlaisen AVH-vastaavan toimintamallin. AVH-vastaava koordinoi hoito- ja palveluketjun kokonaisuutta. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata AVH-vastaavien kokemuksia KYTKE-hankkeessa kehitetystä toimintamallista aivoverenkiertohäiriöihin liittyvän kuntoutuksen tukena sekä toiminnan kehittämishaasteita. AVH-vastaava on henkilö, joka koordinoi AVH-potilaan hoito- ja palveluprosessin kokonaisuutta. Huomiota kiinnitetään kotona selviytymisen tukemiseen ja hoito- ja palveluprosessien saumattomaan kytkeytymiseen toisiinsa.

Tietoa voidaan käyttää toimintamallin edelleen kehittämiseen. Aikaisempia aiheita sivuavia tutkimuksia löytyy, mutta ei spesifisti tästä aiheesta. Aihe on ajankohtainen, koska Suomen AVH-kuntoutuksessa tarvitaan uudenlaista saumatonta työskentelyä perusterveydenhuollon, asiakkaan ja kodin välillä.

Tutkimuksen menetelmäksi valittiin laadullinen, tapaustutkimus. Laadullinen menetelmä valittiin, koska haluttiin saada tietoa AVH-vastaavien kokemuksista ja ajatuksia kehittämistarpeista uuteen toimintamalliin liittyen. Tapaustutkimuksen avulla pyritään lisäämään ymmärrystä ja hakemaan tietoa ilmiöstä siten, että tuloksilla voidaan osoittaa olevan laajempi merkitys ja niitä voidaan soveltaa (Metsämuuronen 2006, 90; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, hakupäivä 3.5.2013; Jyväskylän yliopisto 2013, hakupäivä 14.04.2013.) Kvalitatiivinen tutkimus vastaa kysymyksiin

mitä, miksi ja kuinka, se on luonteeltaan muun muassa kuvailevaa ja arvioivaa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 134-166).

Tutkimuksen aineisto kerättiin haastattelemalla AVH-vastaavia Oulun eteläisellä ja pohjoisella alueella omissa työyksiköissään. Haastatteluun osallistui yhteensä seitsemän AVH-vastaavaa.

2 AVH-KUNTOUTUKSEN KEHITTÄMINEN KYTKE HANKKEESSA

2.1 AVH-vastaavan toimintamallin pilotointi

Pohjois-Suomen KASTE-ohjelmaan kuuluvassa KYTKE-hankkeessa kehitetään AVH-kuntoutujien hoito- ja palveluprosesseja asiakaslähtöisesti terveyshyötymalliin perustuen. KYTKE-hanke sai valtionavustuspäätöksen loppuvuodesta 2010, jota ennen kuntoutustyön kehittäminen oli jo aloitettu KASTE-hankkeessa keväällä 2010.

KYTKE-hankkeella tarkoitetaan asiakkaan ja kodin kytkemistä sosiaali- ja terveydenhuollon saumattomaan hoito- ja palveluketjuun. KYTKE-hankkeen tavoitteena on vahvistaa perusterveydenhuoltoa. Keskeistä on sosiaali- ja terveydenhuollon ja kolmannen sektorin yhteistyön tiivistäminen. Huomiota kiinnitetään kotona selviytymisen tukemiseen ja hoito- ja palveluprosessien saumattomaan kytkeytymiseen toisiinsa. Hankkeen teemoina ovat tieto- ja viestintäteknologian hyödyntäminen sekä prosessien hallinta ja ohjaaminen (KYTKE-hanke 2010. Esite.)

KYTKE-hankkeen avulla pyritään kehittämään uusia toimintatapoja AVH-kuntoutujan hoitoon ja kuntoutukseen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisellä uudella yhteistyöllä, sekä lisäämään AVH-kuntoutujan kotona annettavan hoidon osuutta. Joulukuussa 2010 hankkeessa aloitettiin palveluketjujen mallinnusten pilotointi. Suunnitelmat saatiin valmiiksi kesän 2011 alussa ja niitä esiteltiin organisaatioille, jotka osallistuivat kehittämistyöhön.

Toimintamallin toteutuksen pilotointi alkoi vuoden 2011 syyskuun alussa ja sen kesto oli kuusi kuukautta. Pilotoinnin tavoitteena oli selvittää uusien kehitettyjen hoito- ja palveluprosessien toimivuutta ja sisältöä asiakkaiden, omaisten, hoitohenkilöstön, sosiaalitoimen ja muiden toimijoiden näkökulmasta. Lisäksi tavoitteena oli selvittää toiminnan laatua asiakkaan ja omaisen näkökulmasta. Arvioinnin kohteena oli muun muassa kuntoutujan kotona selviytyminen uuden palveluprosessin tukemana. Pilotoinnin tavoitteena oli myös selvittää uusien teknologisten, kuten suojatun viestinnän, ratkaisujen myötä tiedonkulun toimivuutta, rakenteiden tehokkuutta ja kustannustehokkuutta palveluprosessien yleismallinnuksen kautta. (KYTKE-hanke 2012, hakupäivä 25.1.2012.)

Kuntoutuksen vaikuttavuutta tutkineet ammattilaiset ovat osoittaneet, että työ- ja toimintakyvyn turvaaminen, työurien pidentäminen ja syrjäytymisen ehkäisy ovat saavutettavissa oikein ajoite-
tuin moniammatillisin toimenpitein silloin, kun ne järjestetään katkeamattomana palveluketjuna (Wikström 2012, 6.) Luodulla toimintamallilla otetaan palveluprosessi hallintaan asiakaslähtöises-
ti, kuntoutujan läheiset huomioiden, saaden heidät sitoutumaan kuntoutusprosessiin. Näin pyri-
tään välttämään kuntoutuksen väliinputoajia turvaamalla palvelun jatkuvuus sekä saumattomuus
katkeamattomana kotiin saakka. KYTKE-hankkeella on ollut toimintamallien kehittämisessä myös
näkökulma laadunhallintaan ja asiakkaiden tasavertaisuuteen.

AVH-vastaava nimikettä käsitellän kirjallisuudessa muun muassa asiakasvastaava ja care mana-
geri -nimikkeillä. Työtehtäviä suorittaa usein sairaanhoitaja. Tässä opinnäytetyössä asiakasvas-
taavalla ja care managerilla tarkoitetaan AVH-vastaavaa, jonka tärkeimpiin tehtäviin kuuluu orga-
nisoida ja koordinoida kuntoutujan palvelun ja avun tarvetta, sekä järjestellä kotiutumiseen liittyvät
asiat ja palvelut saumattomasti yhteen. (Muurinen & Mäntyranta 2011,3-4; Kytökorpi 2012,1.)

2.2 Terveysshyötymalli AVH-kuntoutuksessa

Terveysshyötymalli on pitkäaikaissairauksien hoito- ja ehkäisymalli, jonka avulla varsinkin perus-
terveydenhuollossa pyritään parantamaan hoidon saatavuutta ja laatua (Kuvio 1). Terveysshyöty-
malli on ajattelumalli tai viitekehys, joka omahoidon tuen, palveluvalikoiman, päätöksenteon tuen,
tietojärjestelmien tehokkaan käytön, palveluntuottajan sitoutumisen ja ympäröivien yhteisöjen
tuen turvin keskittyy henkilöihin, joilla on pitkäaikaista tai jatkuvaa huolenpitoa vaativa sairaus.
Mallin avulla luodaan laaja-alaisempi, näyttöön perustuva näkökulma perusterveydenhuollon
kehittämisessä. Kun terveysshyötymallia käytetään apuna hoitojärjestelmän kehittämistyössä,
toiminta muuttuu potilas- ja tiimikeskeisemmäksi, ennaltaehkäiseväksi ja vuorovaikutuksella on
potilasta voimaannuttava vaikutus. Eräs keino palveluvalikoiman täydentämiseen on asiakasvas-
taava tai care manager. (Muurinen & Mäntyranta 2011, 3-6.)

Wagnerin 1998 kehittänyt terveysshyötymalli perustuu Chronic care modeliin (CCM). CCM:n
kehittämisen taustalla olivat olleet huomiot siitä, että perusterveydenhuolto ei kykene enää vas-
taamaan pitkäaikaissairauksien mukanaan tuomaan lisääntyneeseen haasteeseen hyvästä hoi-
dosta. Pitkäaikaissairauksien ohella potilaille oli ilmaantunut muitakin tauteja, joihin tarvittiin uu-
denlaista hoidon järjestämistä. Wagnerin tutkittua tilannetta kollegoidensa kanssa, huomasivat he

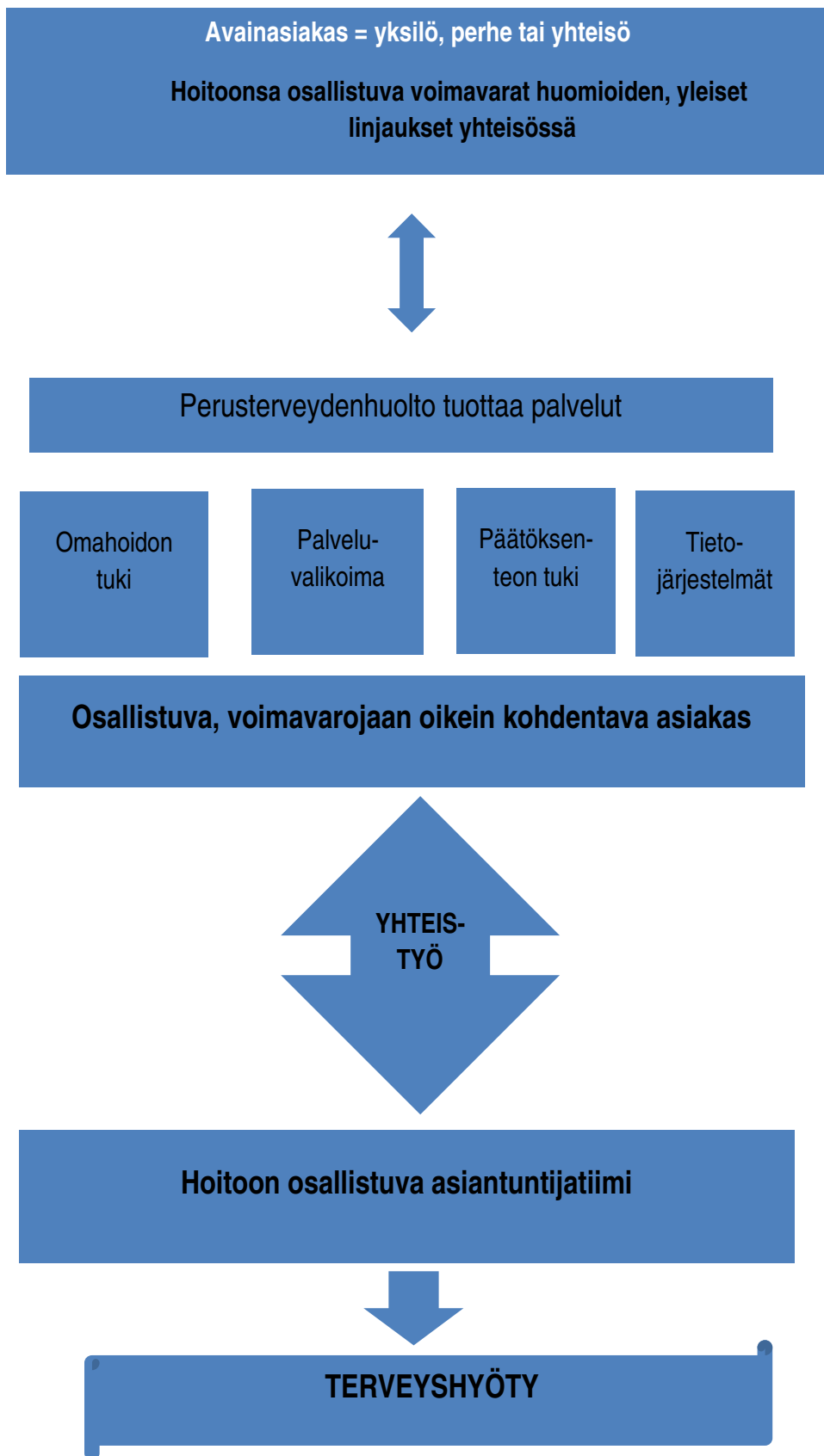
hoidon laadun varmistuksessa puutteita hoitohenkilökunnan kiireen vuoksi hoidon koordinoinnin toiminnassa ja hoidon seurannassa. (Tuura, Holappa, Huttunen & Pekkala 2010, 1-2.)

CCM:n kehittäjät havaitsivat tarkastellessaan pitkäaikaissairauksien hoitoon liittyvistä hankkeista kuusi osa-aluetta, joista tärkeimmiksi nousivat neljä osa-aluetta: omahoidon tuki, palveluvalikoima, päätöksentuki ja kliiniset tietojärjestelmät. Edellä mainittujen osa-alueiden ohella esille nousivat palvelutuottajan johdon sitoutuminen ja muiden yhteisöjen linjaukset ja voimavarat. Nämä kaikki kuusi osa-aluetta huomattiin parantavan hoitokäytäntöjen ja -tulosten vaikuttavuutta. (Tuura, Holappa, Huttunen & Pekkala 2010, 1.)

Kehittämällä perusterveydenhuoltoa ja vahvistamalla asiantuntijuutta pitkäaikaissairaiden terveyttä edistävä, ja lisäsairauksia ehkäisevä työ kehkeytyy toiminnan perustaksi. Toimiva terveyskeskus-toimenpideohjelma julkaisi vuonna 2008 24 erilaista toimenpidettä, jotka tulevat terveyskeskuksissa käyttöön ohjelma ohjelmalta. Ohjelman tarkoituksena on lisätä vaikuttavuutta toiminnassa. Yhtenä toimenpiteenä on pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallin liittäminen osaksi terveyskeskusten toimintaa. Terveyshyötymallin keskeisenä ajatuksena on siirtyä sairauksien ja hajaute-
tun hoidon piiristä suunnitelmallisempaan ja kokonaisvaltaiseen hoitoon, painottaen erityisosaamista ja sen hyötyjä potilaalle. Terveyshyötymallin avulla tuetaan myös yleisten sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevien linjauksien toteuttamismahdollisuuksia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 2.)

Pitkäaikaissairauksia sairastavat potilaat hyötyvät terveyshyötymallin käyttöönotosta perusterveydenhuollon piirissä entistä monipuolisemmin ja heitä paremmin palvelevien asiantuntijoiden yhteistyökumppanuudella. Asiantuntija-auktoriteetti on muuttunut yhteistyökumppaniksi sekä valmentajaksi, kenen avulla potilas tasavertaisen keskustelun avulla saa itselleen henkilökohtaisen hoidon. (Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2009, 1.)

Hämäläisen ja Väisäsen (2011, 5) julkaisussa terveyshyötymalli otetaan huomioon potilaan oma-
na osallistumisena hoitoon. Terveyshyötymalli nähdään viitekehyksenä, jossa henkilön omat voimavarat otetaan huomioon yksilöllisesti. Myös Lindström ja Eriksson (2010, 45-46) nostavat saman näkökulman esiin korostamalla salutogeneesiä. Salutogeneesia eli ihmisen voimavarojen esille nostamisen mallia voidaan käyttää jokaisessa potilaan kanssa käydyssä kontaktissa nostaa esiin ja tukien olemassa olevia voimavaroja, joita ihmisellä on käytettävissään sairauden ylläpitäessä.



KUVIO 1. Terveysyötymallin toteuttaminen pitkäaikaissairaiden hoidossa (mukaellen Muurinen & Mäntyranta 2011, 7).

Pitkäaikaissairaiden asiakkaiden hoidossa hyvinvointia ja terveyttä edistävällä toiminnalla on keskeinen rooli. Terveys 2015-kansanterveysohjelman (2001, 18) tavoite 7: *"Suomalaisten tyytyväisyys terveyspalvelujen saatavuuteen ja toimivuuteen sekä koettu oma terveydentila ja kokemukset ympäristön vaikutuksesta omaan terveyteen säilyvät vähintään nykyisellä tasolla"* on yksi keskeisimpiä pitkäaikaissairaiden näkökulmasta.

Hyvin toimivien terveyspalveluiden lähtökohtana on moni- ammatillinen yhteistyö ja riittävät ehkäisevän työn voimavarat (Terveys 2015, edistämisen laatusuositus 2006, 17). Tavoite 5, joka kohdistuu yli 75-vuotiaiden toimintakyvyn paranemiseen (Terveys 2015, 15) koskettaa myös AVH-kuntoutujia. Ikääntyneille ja pitkäaikaissairaille tulisi turvata mahdollisuudet toimia aktiivisesti yhteiskunnassa, kehittää omia tietojaan, taitojaan ja itsehoitotaitojaan ja jatkaa mahdollisimman pitkään itsenäistä ja laadullisesti mielekästä elämää riittävän toimeentulon turvin (Terveys 2015, 26). AVH-kuntoutujien riski syrjäytyä yhteiskunnasta on suuri, siksi myös tavoitteen 8 huomioiminen heidän kohdallaan on erityisen tärkeää. Riittävät ja oikein kohdennetut palvelut ehkäisevät väestöryhmien välisten hyvinvointi- ja terveyserojen syntymistä. (Terveys 2015, 13.)

Terveyspalveluissa on tärkeää säilyttää tasapaino erilaisten yhdenvertaisuuspyrkimysten, tutkittuun tietoon perustuvan terveyspalvelupoliittisen ja taloustieteellisen ohjauksen, sekä kansalaisten valinnanvapauksien välillä. Uuden terveydenhuoltolain (1326/2010) myötä kansalaisille avataan valinnanvapauksia julkisten palveluntuottajien välille (Terveys- ja hyvinvoinninlaitos 2010, hakupäivä 11.2.2010).

2.1.1 Aivoverenkiertohäiriö (AVH)

Aivohalvauksen määritelmään kuuluvat kaksi erityyppistä tilaa, jotka ovat paikallisen aivokudoksen verettömyys eli iskeeminen aivoverenkierronhäiriö, joka jatkuessaan johtaa aivoinfarktiin, sekä aivovaltimon verenvuoto. Aivovaltimon verenvuodon voi aiheuttaa subaraknoidaalivuoto (SAV) tai aivomassan sisäinen verenvuoto, eli aivoverenvuoto (ICH). Iskeemisiin aivoverenkiertohäiriöihin kuuluu aivoinfarkti ja ohimenevä iskeeminen aivoverenkierronhäiriö ja (TIA). (Kuisma 2008, 304- 307.)

Aivohalvauspotilaan oirekuva voi vaihdella lievästä vaikeaan. Oirekuva ja vaikeusaste riippuvat aivojen verisuonten alueen ahtaumasta, tukoksesta tai verenvuodosta, ja tämän tietyn osan verenkierron heikentymisestä tai estymisestä. Aivojen tietty alue voi mennä kuolioon. Aivokudok-

sessä verenvuodon aiheuttama tulehdusreaktio voi lisätä kallonsisäistä painetta ja turvotusta, laajentaen vauriota. Vaurion takia aivojen osan koordinoimissa alueissa voidaan havaita olevan muutoksia kognitiivisissa, psykomotorisissa sekä psykososiaalisissa toiminnoissa. Tämän vuoksi tärkeää onkin varhainen oireiden tunnistaminen, tuloksellinen hoito ja kuntoutus.

Kuisman (2008, 314) mukaan kansalaisten tietous aivoverenkiertohäiriöiden oireista ja suositelusta toimintamallista oireiden ilmaantuessa on vähäistä ja verrattavissa 25 vuoden takaiseen tilanteeseen sydäninfarktin saaneiden kohdalla. Menestyksellinen hoito ja kuntoutus tapahtuvat eri ammattiryhmien hyvällä osaamisella, yhteistyöllä ja potilaan hoitoketjun sekä kuntoutuspalvelujen tuntemisella (Liippola, Achren, Närhi, Vikman & Lehto 2004, 1-10).

AVH-kuntoutujan akuutin vaiheen hoito tapahtuu erikoissairaanhoidossa. Siellä tavoitteena on varmistaa peruselintoiminnot, lisävaurioiden ja komplikaatioiden ehkäiseminen sekä varhaisen kuntoutuksen alkaminen. AVH-kuntoutujan asentoahoito alkaa heti. Jos kuntoutuja ei selviydy kotioiloissa ja kuntoutumista sairaalassa tarvitaan sekä kuntoutumisedellytykset ovat olemassa, jatkohoito järjestetään oman alueen perusterveydenhuoltoon vuodeosastolle. Perusterveydenhuollon vuodeosastolla hoitoa jatketaan kuntouttavalla työotteella heti, kun potilaan vointi sallii ja hänen tilansa on vakaa. Kuntoutusyhteistyö on moniammatillista yhteistyötä, johon kuuluvat hoito- ja terapiahenkilökunta. Jos AVH-kuntoutuja ei tarvitse sairaalahoitoa vaurioasteen ollessa lievä, niin kuntoutusta voidaan suorittaa poliklinisesti. (Uusitalo 2005, 503-505.)

Aivohalvaus on 2000-luvun alussa kohonnut siihen arvoon, joka sille kuuluu ottaen huomioon kansanterveydelliset, inhimilliset ja taloudelliset näkökohdat. Aivohalvauspotilaat luokiteltiin ensihoidossa jonon loppupäähän kiireellisyysluokituksessa, koska ensihoitojärjestelmässä panostettiin sellaisten potilaiden hoitoon, joille elintoimintoja tai jopa sairauden perussyitä korjaava hoito voitiin aloittaa jo kentällä. Aivohalvaukseen sellaista hoitoa ei ole tarjolla. Nykyään kuitenkin on tarjolla toimiva palveluketju nopeine neurologisine arvioineen sekä hoitoineen. Liutushoitoa ei vielä toteuteta kaikkien keskussairaaloiden alueella, mutta hoitomahdollisuuksia lisätään koko ajan. (Kuisma 2008, 304-307.)

Aivoinfarktin vuoksi menetetään eniten laatu-painotteisia elinvuosia kuin minkään muun sairauden vuoksi. Ikääntyminen on aivoinfarktin tärkein riskitekijä. Aivoinfarkteista suurin osa on ehkäistävissä hoitamalla keskeiset riskitekijät, kuten keskivartalolihavuus, tupakointi, diabetes, eteisvärinä, kohonnut verenpaine ja dyslipidemiat. Sairastuneiden tehokkaalla hoidolla voidaan huomatta-

vasti vähentää sairauden aiheuttamaa vammaisuutta. Tärkeimmät lopputulosta parantavat tekijät ovat varhainen akuuttihoito erikoistuneessa yksikössä, liuotushoito siihen soveltuville potilaille, ohimenevään aivoverenkiertohäiriöön viittaavien oireiden varhainen diagnostiikka ja hoito, sairastuneille kuntoutustarpeen arviointi AVH-yksikössä sekä kuntoutus moniammatillisessa kuntoutukseen erikoistuneessa yksikössä. (Käypä hoito.2011, hakupäivä 21.4.2013, 2.).

AVH:n kokonaiskustannuksia on vaikea arvioida. Kansainvälisten tutkimusten mukaan elinikäiset kustannukset ovat noin 60000 euroa. Suomessa hoitokustannukset ensimmäisenä vuonna aivoinfarktipotilasta kohden ovat keskimäärin 21000 euroa, josta akuuttihoitoon osuutta on yli puolet. (Käypä hoito.2011, hakupäivä 21.4.2013, 3.)

2.2.2 AVH-kuntoutuksen periaatteet

Suomalainen palvelujärjestelmä on vuosikymmenien ajan perustunut voimakkaasti hoidon porrastukseen. Perusterveydenhuollon toimesta tutkitaan ja hoidetaan yleisiä ja tavallisia terveysongelmia. Tällä pyritään säästämään erityistason kapasiteettia ja osaamista harvinaisten ja monimutkaisten asiantuntemusta vaativien ongelmien hoitoon. Perusterveydenhuollon palveluja tuottaa julkisella sektorilla moniammatillinen työryhmä, jonka sidosorganisaatio on terveyskeskus. Työryhmään sisään on rakennettu hoidon porrastus ammattitaidon ja työnjakoon ja erilaisten tehtävien vaativuuden mukaan (THL:n asiantuntijaryhmä 2010, hakupäivä 11.2.2010). Palveluja tuottaa julkisen sektorin lisäksi muun muassa yksityiset palveluntuottajat.

Kunnallinen terveydenhuolto rahoittaa pääsääntöisesti lääkinnällisen kuntoutuksen. Muita rahoitajatahoja ovat muun muassa valtio, Kansaneläkelaitos, vakuutusyhtiöt, Valtionkonttori, Raha-automaattiyhdistys, työnantaja ja kuntoutuja itse. Kunnallisen terveydenhuollon lääkinnällisen kuntoutuksen volyymin tai kustannuksista ei ole tilastoja. Uudessa terveydenhuoltolaissa (HE 90/2010) on todettu kuntoutusjärjestelmän monialaisuus. Siinä todetaan, että kuntoutusjärjestelmän kehittämisen haasteet liittyvät muun muassa sosiaalisen kuntoutuksen tarpeessa oleviin ja työelämässä olevien työkyvyn ylläpitämiseen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010, hakupäivä 11.2.2010.)

AVH-kuntoutus on näyttöön perustuvaa lääketiedettä ja lakiin perustuvaa toimintaa. Lievät aivovammat ja aivohalvaukset pitkäaikaishoidossa olevilla potilailla hoidetaan perusterveydenhuollos-

sa. Vaikeammin sairastuneet ohjautuvat akuuttisairaanhoidon jälkeen osastokuntoutukseen, jonka järjestämistapa vaihtelee alueittain. (Konsensuslausuma 2008, 3-16.)

Palvelujen saavutettavuus ja yhdenvertainen saatavuus on säädetty lailla. Terveystieteiden lain luvun 1 pykälän 10 mukaan kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä terveydenhuollon palvelut sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän asukkaiden hyvinvointi, potilasturvallisuus, sosiaalinen turvallisuus ja terveydentila perusteltu tarve edellyttävät (Finlex 30.12.2010/1326, hakupäivä 11.2.2013.) Alueelliset erot, kuten asuinpaikan sijainti, vaikuttavat kuitenkin kuntoutukseen pääsyyn ja kuntoutuksen laatuun. Lain pitäisi poistaa iän ja asumispaikan tuoma eriarvoisuus. Koska laki velvoittaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyöhön, teoreettisesti kuntoutuksen ja hoidon väliinputoja ei pitäisi voida tulla. (Erilä 2012, 5.)

Kuntoutuksen palvelujärjestelmä on hajaantunut useille eri tahoille. Suomen kuntoutusjärjestelmää pidetään suhteellisen sekavana, jota asiakkaiden tai asiantuntijoidenkaan on hankala ymmärtää. Pirstaleinen kuntoutusjärjestelmän ja sen vaikeaselkoisuuden on sanottu myös mahdollistavan väliinputoamistilanteet ja epätaloudelliseen päällekkäistoimintaan. (Koukkari 2010, 125; Viikkumaa 2010, hakupäivä 3.5.2013; Järvikoski 2011, 53).

Kuntoutusta kokonaisuutena koordinoiva taho usein puuttuu tai on epäselvä. Välitön kuntoutustarve arvioidaan aivohalvausten osalta yleensä varsin hyvin erikoissairaanhoidossa, mutta potilas on siellä vain lyhyen aikaa hoidon alkuvaiheessa. Jos hän pääsee tämän jälkeen moniammatilliseen laitostuntoutukseen, siellä koordinoitaan yleensä myös jatkokuntoutus asianmukaisesti. Kuntoutuksen käynnistyminen voi erikoissairaanhoidon voimavarojen riittämättömyyden vuoksi viivästyä. (Konsensuslausuma 2008, 3-16.)

Siveniuksen (2009, 1) mukaan hoitoketju katkeaa kuitenkin liian usein. Syyksi hoitoketjun katkeamiseen Sivenius arvelee, ettei kukaan vastaa kuntoutuksen lopputuloksesta. Usein kuntoutusta annetaan liian vähän ja liian harvoin. Fysioterapiaa pitäisi saada päivittäin ja puheterapiaa vähintään kerran viikossa. Laitoshoidon tarve pienenee tehokkaalla kuntoutuksella kolmanneksen ja lyhentää sairaalassa hoitojaksoja saman verran. Tämän säästön keinoin AVH-kuntoutujien elämälaatu paranee ja he ovat omatoimisempia. Inhimilliset ja taloudelliset vaikutukset ovat näin samansuuntaisia. Siveniuksen (2009, 1) mukaan kuntoutus on kannattavaa sairaanhoitopiireille, sen ohella, että se on sairaanhoitopiirien velvollisuus.

Siveniuksen (2009, 1) mukaan kahdessatoista sairaanhoitopiirissä on oma neurologinen kuntoutusosasto. Yhdeksässä sairaanhoitopiirissä ei tällaista kuntoutusosastoa ole lainkaan. Kolme sairaanhoitopiiriä käyttää yksityisten kuntoutussairaaloiden palveluita, mutta kuudessa sairaanhoitopiirissä ei ole minkäänlaista kuntoutusyksikköä, vaan AVH-kuntoutujat joutuvat menemään omien terveyskeskustensa vuodeosastoille. Terveyskeskuksista yksi kymmenesosa omaa resursseja ja riittävän osaamisen AVH-kuntoutukseen.

Kuntoutusta varten erikoissairaanhoidossa tulee tehdä Konsensuslausuman (2008, 9) mukainen alustava kuntoutumissuunnitelma, jossa kuntoutukselle on asetettu yhteistyössä kuntoutujan kanssa tavoitteet. Kuntoutuksen tavoitteet laaditaan kuntoutujan omista lähtökohdista ja voimavaroista, joilla hänellä on käytössään. Tavoitteiden toteutumista seurataan. Siveniuksen (2009, 1) mukaan kuntoutussuunnitelmankin tekoon tarvitaan moniammatillinen työryhmä, jossa mukana ovat kuntoutuksen hallitseva lääkäri, fysioterapeutti, puheterapeutti, toimintaterapeutti, neuropsykologi sekä kuntouttavaan hoitotyöhön perehtyneet hoitajat. Kuntoutuksen yhteistyö on moniammatillista yhteistyötä, johon kuuluvat hoito- ja terapiahenkilökunta. (Uusitalo 2005, 509.)

Kuntoutus tulisi aloittaa kahden ensimmäisen viikon aikana sairastumisesta. Mikäli kuntoutus viivästyy, tulokset huononevat. Tilan vakiinnuttua aloitetaan kuntoutus, vaikka erikoissairaanhoidon hoidollisena tavoitteena on varmistaa ensin peruselintoiminnot, lisävaurioiden ja komplikaatioiden ehkäiseminen varhaisen kuntoutuksen aloittamisen ohella. Siveniuksen (2009, 1) mukaan moniammatillista kuntoutusta tarvitsee noin 40 % aivohalvauspotilaista, mutta alle puolet heistä pääsee sen piiriin. (Erilä 2012, 5.)

Kuntoutujan motivaatio ja hänen lähiyhteisönsä kyky ja halu auttaa toiminnassa vaativat uudenlaista lähestymistapaa. Asiakkaan hyvään vuorovaikutukseen ja yhteistyöhön perustuva ja tarpeeseen huomioiva toimintatapa on avainkysymys palvelujärjestelmien menestymiselle. Toimenpiteet edustavat usein yksilöllisten kulloiseenkin elämäntilanteeseen liittyvien tarpeiden liian kaipaako havainnointia. Voimavarat riittävät tulevaisuudessa väestön ikääntymisen tuomiin haasteisiin, kun asiantuntemusta jaetaan yhteistoimin kuntoutujan ja hänen lähiyhteisönsä sekä julkisten että yksityisten palvelujen tuottajien kesken. (Konsensuslausuma 2008, 3-16.)

AVH-kuntoutujan intensiivivaihe eli kuntouttava työ on vaihe, jossa harjoitellaan käytännössä arkisia toimintoja. Kuntouttavan työn avulla tuetaan arjen sujumista kotona. Tämä vaihe kestää

niin kauan kuin edistymistä tapahtuu, yleensä 3-6 kuukautta. Aivoverenkiertohäiriöiden pysyvien haittojen arviointia voidaan suorittaa noin vuoden kuluttua sairastumisesta. Intensiivivaiheessa tavoitteena on saavuttaa kuntoutussuunnitelmaan asetetut tavoitteet vähitellen. Kuntoutussuunnitelmassa on määritelty jokaiselle AVH- kuntoutujalle omat yksilölliset fysioterapia ja toiminta- ja puheterapia tarpeet sekä neuropsykologista kuntoutusta koskevat laitos- ja avohoidot. (Liippola, Achren, Närhi, Vikman & Lehto 2004,1-10.)

AVH- potilaan toimintakykyä ylläpitävän vaiheen tavoitteena on sopeutumisen tukeminen ja opittujen taitojen ylläpitäminen. Noin puoli vuotta AVH-tapahtuman jälkeen potilaan kuntoutuminen hidastuu. Tällöin on uhkana masentuminen, elämänlaadun heikentyminen ja eritoten afasiasta kärsivien sosiaalisen elämän kaventuminen. AVH-kuntoutuja ja hänen omaisensa ovat vaarassa syrjäytyä ja eristäytyä. Syrjäytymisen ja eristäytymisen ehkäisemiseksi on kehitelty keinoja Aivoliiton avustuksella. (Liippola, Achren, Närhi, Vikman & Lehto 2004, 1-10.)

Aivoliitto on kansanterveys-, vammais- ja potilasjärjestö, jonka tarkoituksena on tukea AVH-kuntoutujan arjessa selviytymistä. Aivoliiton perustehtäviin kuuluu oikeuksien valvonta, viestintä ja asenteisiin vaikuttaminen, AVH: n ennaltaehkäisy ja yhdistystoiminta palveluineen. Aivoliitto tarjoaa sopeutumisvalmennuskursseja, kuntoutusta, terapiaa ja virkistystoimintaa. Liitto myös kouluttaa jäsenistöään ja alan ammattihenkilöstöä. (Aivoliitto 2012. Hakupäivä 18.10.2012.)

Aivoliitto tarjoaa vertaistukea ja liikunta- ja kulttuuritoimintaa osallisuuden mahdollistamiseksi sopeutumisvalmennuskurssien lisäksi. Aivoliiton tavoitteisiin vuoteen 2020 on asetettu AVH:n seurannaisvaikutuksien tunnistaminen, joissa keskeisinä ovat asumisen, osallisuuden ja työllistymisen mahdollistuminen. Tavoitteisiin on asetettu hoitoketjun katkeamattomuus AVH-kuntoutujan asuinpaikasta riippumatta. Aivoliitto tukee näin KYTKE-hankkeen pilotoitavana ollutta hoito- ja palveluprosessia. (Aivoliitto. 2012. Hakupäivä 18.10.2012.)

Vertaistoiminnan taustalla ovat Laimio ja Karnell (2010) todenneet olevan ihmisen vuorovaikutuksen tarpeen eli sosiaalisuuden ja yhteisöissä elämisen. Alun perin perhe- tai kyläyhteisöjen selviytymiseen oli vaikuttanut jäsenten huolenpito toisistaan. Nyky-yhteiskunnassa, jossa vanhat yhteisöt ovat menneittä aikaa, vertaistuen merkitys kasvaa. Vertaistoiminnan avulla luodaan yhteisöllisyyttä uudella tavalla. Yhteisöllisyyden tunteella, jonnekin kuulumisen tunteella luodaan turvallisuutta ja sitä kautta tulevaisuudenuskoa. Luottamus ja toivo syntyvät läheisten ja yhteisöjen kautta. Hyvinvoinnin ja sosiaalisuuden lisäämisessä onkin vertaistuellla tärkeä merkitys erityisesti

vaikeissa elämäntilanteissa. Vertaistuki voi olla joko virallisen auttamisen tai läheisen tukemista. Vaikka vertaistoiminnalla onkin vahva ennalta ehkäisevä merkitys, se ei silti korvaa terapiaa. Vertaistoimintaa voidaan käyttää osana sosiaali- ja terveystalvaeluketjua (Laimio & Karnell 2010,11.)

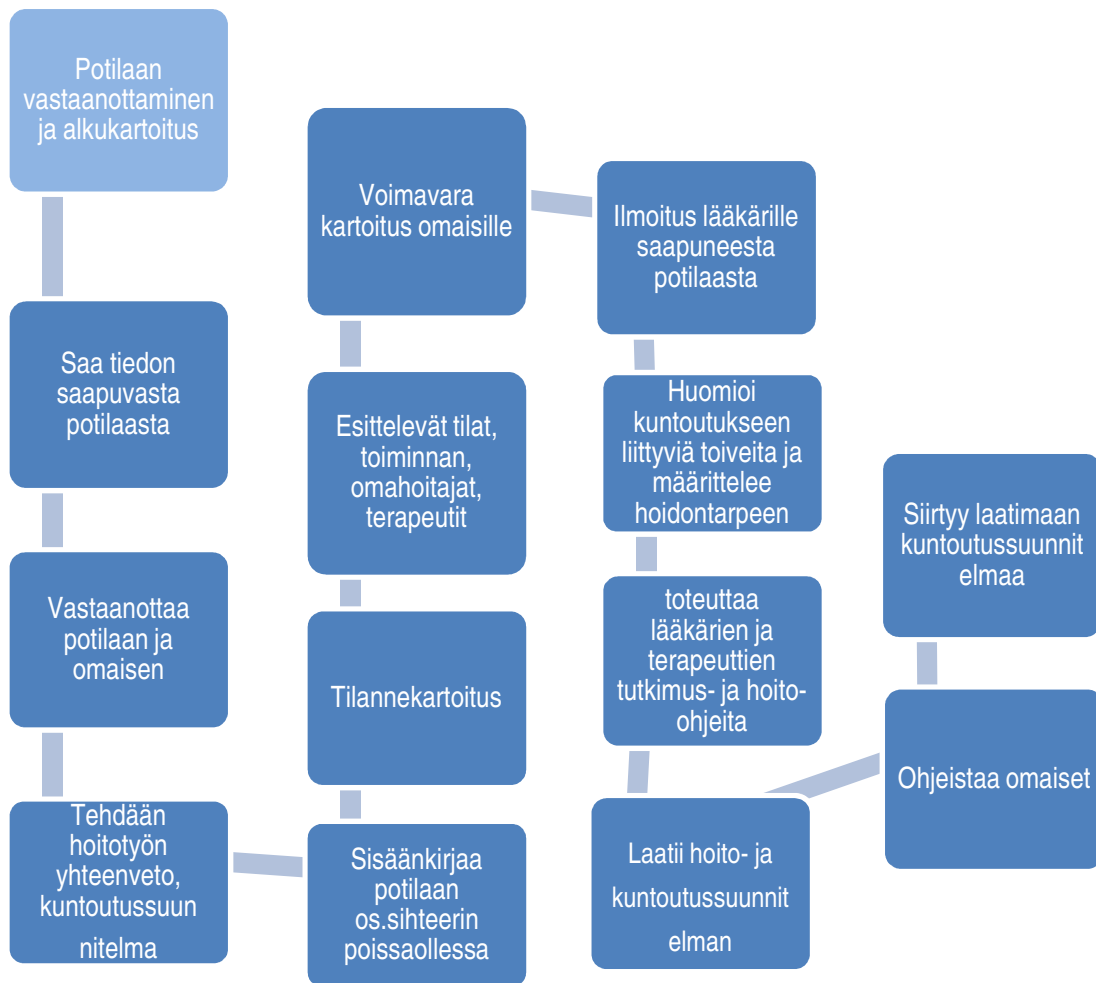
2.3. AVH-vastaavan toimenkuva ja tehtävät

AVH-vastaavat toimivat tiedotuskanavana AVH-kuntoutujan, omaisten ja eri palveluntuottajien välillä. AVH-vastaavat tukevat, ohjaavat ja seuraavat aivoverenkiertohäiriöön sairastunutta ja hänen omaisiaan kuntoutuksen polulla. (Mattsen, Mäkilä, Petterson ja Sjögren, 2006, 32.)

AVH-vastaava kuuluu hoitohenkilökuntaan perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Hän voi työskennellä vuodeosastolla tai poliklinikalla tai fysioterapian tiloissa. Työtehtäviin kuuluu mahdollistaa kuntoutujien hoito- ja palveluprosessin saumaton eteneminen hoidon eri vaiheissa. Lisäksi työtehtäviin kuuluu kotona tapahtuva hoitoon ja kuntoutukseen liittyvät asiat. Hoidon jatkuvuuden turvaaminen potilaan kotiuduttua liittyy myös oleellisesti AVH-vastaavan toimenkuvaan. (Jaakkola, Marjala & Meriläinen 2008, 86.)

KYTKE-hankkeessa määritellään AVH-vastaavien toimenkuva (liite 1). Toiminta toteutetaan paikallistasolla ja pääasiallinen tehtävä on koordinoida koko kuntoutusketjun ajan hoito- ja kuntoutusprosessia, ja näin taata kuntoutujalle sekä hänen omaisilleen parempaa palvelua. (Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymä 2012, hakupäivä 23.1.2012.)

AVH-vastaavalle lähetetään potilaan luvalla tieto uudesta AVH-kuntoutujasta suoraan erikoissairaanhoidosta tai perusterveydenhuollon vuodeosastolta (kuvio 2).



KUVIO 2. Perusterveydenhuollon akuuttivuodeosastolla tapahtuva potilaan vastaanottaminen ja alkukartoitus (kuvion pohjana KYTKE-hankkeen tekemät vuokaaviot).

Erikoissairaanhoidossa kuntoutujalle annetaan ohjeistusta sairaudesta, sen oireista ja vaikutuksista sairastuneen ja hänen läheistensä elämään. Lisäksi hänelle annetaan opas, josta käy ilmi yhteystiedot eri hoitotahoille, muun muassa AVH-vastaavan nimi ja puhelinnumero. Kuntoutuja voi ottaa yhteyttä omaan AVH-vastaavaan kaikissa kuntoutumiseen liittyvissä asioissa. (KYTKE-hanke 2011. Esite.)

AVH-vastaava soittaa kuntoutujalle noin 1-2 viikon kuluttua kotiutumisesta ja sopii kotikäyntiajan noin 1 kk:n kuluttua kotiutumisesta. Samalla hän varmistaa, että kuntoutujalla on hänen yhteystietonsa ja kertoo, että kuntoutuja tai omainen voi ottaa häneen tarvittaessa yhteyttä. Seurantakäynti tapahtuu joko kotona tai terveysasemalla. Seurantakäynti kirjataan Effican KUNPA-lehdelle ja jatko seurannat sovitaan yksilöllisesti, esimerkiksi 0-4 kertaa vuodessa (Taulukko 1).

TAULUKKO 1. AVH-kuntoutujan 1 ja 3-6 kuukauden seurantakäynnit.

1 kuukauden seurantakäynti	3- 6 kuukauden seurantakäynti
<ul style="list-style-type: none"> • Selviytymiskysely • Toimijaverkko, toimintakyky • Terveysten edistämiseen liittyvä ohjaus • Palvelutarpeen riittävyys, hoito- ja kuntoutussuunnitelman tarkistus, psyykkinen tuki • Sosiaalisen verkoston ja toiminnan kartoitus ja ohjaus 	<ul style="list-style-type: none"> • Terveysten edistämiseen liittyvä ohjaus • Laboratoriokäynti • Sairaanhoidajan ja lääkärin vastaanotto • Palvelutarpeen riittävyys • Hoito- ja kuntoutussuunnitelman tarkistus

Niille kuntoutujille, joilla ei ole erikoissairaanhoidon varattu aikaa, järjestetään noin 3-6 kuukauden kuluttua lääkärin ja sairaanhoidajan seurantakäynti terveyskeskukseen. Ajan varaavat joko kuntoutuja, omainen tai AVH-vastaava. Kuntoutuja käy ensin sairaanhoidajan vastaanotolla. Sen jälkeen hänellä on mahdollisesti käynti laboratoriossa, jonka jälkeen hän menee lääkärin vastaanotolle. AVH-vastaava voi tarvittaessa olla etukäteen yhteydessä lääkäriin/sairaanhoidajaan ja osallistua vastaanotolle. AVH-vastaavan kirjaukset seurantakäynneistä, ja vuodeosastolla tehty hoito- ja kuntoutussuunnitelma on myös luettavissa potilastietojärjestelmästä. (KYTKE-hanke 2011.Esite.)

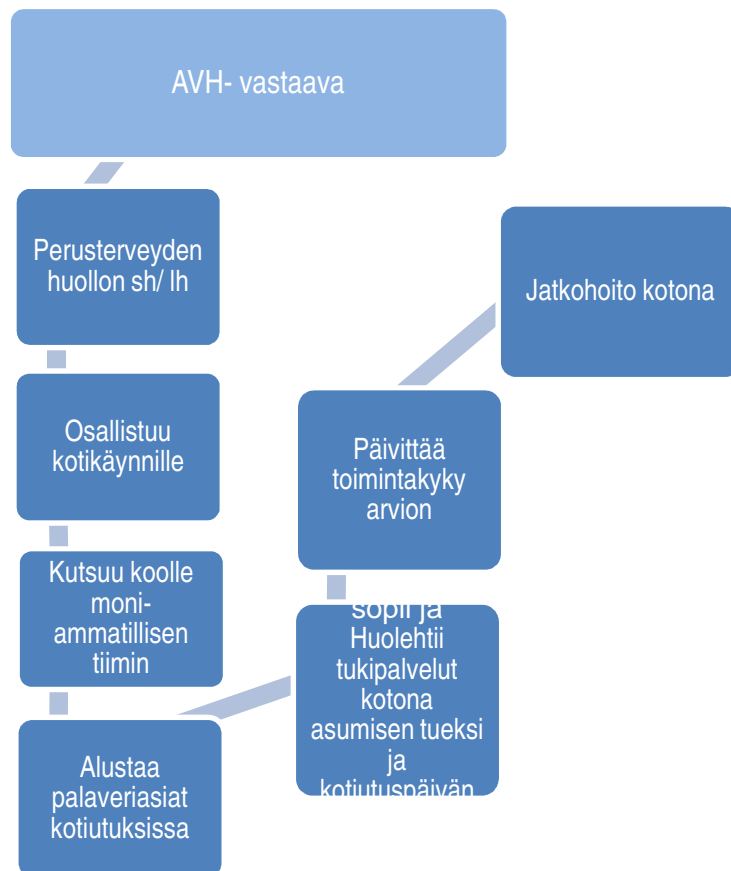
AVH-vastaavan asiakkaat ovat eri-ikäisiä ja hyvin erilaisissa elämäntilanteissa olevia ihmisiä. Jokaisen persoonalliset piirteet, elämäntilanteen erilaiset ja yksilölliset vaiheet vaikuttavat siihen, kuinka kukin suhtautuu oman terveyden ja sairauden hoitamiseen ja millaiseksi sairastuttuaan kokee oman tilanteensa.

AVH-vastaavan tehtävänä on yhteistyössä erikoissairaanhoidon, perussairaanhoidon ja kuntoutujan kanssa arvioida asiakkaan tilanne, hänen tarvitsemansa palvelut sekä ohjata kuntoutujaa

hänelle sopivien palveluiden piiriin. Hän ohjaa ja avustaa kuntoutussuunnitelman laatimisessa, kuntoutujan motivoimisesta, seuraa kuntoutussuunnitelman toteutumista ja tarkkailee kuntoutujan oman hoito- ja kuntoutussuunnitelmansa noudattamista. AVH-vastaava osallistuu tarvittaessa myös perusterveydenhuollon vuodeosaston kotiutuspalaveriin ja järjestää tarvittaessa verkostopalaverin kuntoutujan läheisten kanssa. (KYTKE-hanke 2011. Esite.)

AVH-vastaavan toimenkuvaan sisältyy myös tiedon koontia kaikista alueella tarjolla olevista jatkohoidon, kuntoutuksen palveluista ja palveluntuottajista sekä tarkkailua palvelujen laadusta ja kuntoutujien kokemuksista palvelun laadusta. (KYTKE-hanke 2011. Esite.)

AVH-kuntoutujalle räätälöidään yksilöllinen palvelupaketti eri palveluntuottajien tarjoamista palveluista. AVH-vastaava toimii hoitavan organisaation ja asiakkaan yhteyshenkilönä, tuntee kuntoutujan, yhteistyötahot sekä palvelujärjestelmän ja tarjonnan, seuraa kustannuksia, valvoo suunnitelman onnistumista, seuraa asiakkaan tilannetta, tekevät tarvittavat muutokset palvelupakettiin (IVA- raportti 2011.) Alla on ilmennetty prosessi kotiutussuunnitelman laatimisesta ja kotiuttamisesta (kuvio 3).



KUVIO 3. Kotiutussuunnitelman laatiminen ja kotiuttaminen (pohjana KYTKE-hankkeen kaavio).

Pietilän (2010, 11) mukaan terveyden edistämisen lähtökohtana on, että ihminen on aktiivisesti toimiva subjekti omassa elämässään. On tärkeää huomioida AVH-kuntoutuja yksilöllisesti ja kokonaisvaltaisesti. AVH-vastaavien kuin myös muiden terveydenhuoltoalan ammattilaisten on tärkeää tunnistaa tämä toiminnassaan. Kokonaisvaltaiseen ja yksilölliseen hoitoon kuuluu ohjata kuntoutuja kolmannen sektorin piiriin, jos hän tuntee tarvitsevänsä vertaistukea. Soljan (2012, 28) tekemä tutkimus vertaistuen tarpeesta AVH-kuntoutujille ja heidän omaisilleen osoitti kuntoutujien halukkuutta osallistua vertaistukiryhmän toimintaan.

AVH-vastaavan toiminta alkaa varhaiskuntoutuksen loppuvaiheessa ja painottuu kotona tapahtuvaan kuntoutusvaiheeseen. AVH-vastaava toimii koko prosessin ajan koordinoijana. Kuntoutusprosessi alkaa siitä, kun AVH-vastaava saa raportin kuntoutujasta ja jatkoterapian tarpeesta.

Lisäksi hän saa epikriisin ja hoitotyön yhteenvedon. AVH-vastaavalla on käytössä suojattu viestikanava, josta saa tiedon siirtyvistä AVH-kuntoutujista perusterveydenhuoltoon että kotiin. (KYTKE-hanke 2011. Hakupäivä 20.4.2013.)

Kun AVH-kuntoutuja saapuu kuntoutusyksikköön, hänellä voi olla omainen tukena. AVH-kuntoutujan kokonaisvaltainen tilanne kartoitetaan. AVH-vastaava ottaa vastaan hoitotyön yhteenvedon, kuntoutussuunnitelman ja potilasohjauslomakkeen. Lähetteeseen ja hoitotiedotteeseen tulee tutustua tarkasti. Terveystiedon edistämisen näkökulma hoitoprosessissa ja kokonaisvaltaisen tilanteen huomioimisessa vaikuttaa AVH-kuntoutujan selviytymiseen kotona. (KYTKE-hanke 2011. Hakupäivä 20.4.2013.)

Aluksi kartoitetaan esitiedot kuntoutujalta ja omaiselta. Lisäksi selvitetään toimintakyky ennen sairastumista ja hoidon tarve. Suullinen lupa AVH-kuntoutujalta tietojen luovuttamiseen helpottaa eri tahojen yhteistyötä. Kuntoutujan motivointi koko hoitoprosessin ajan on olennainen osa kuntoutumista. AVH-vastaavan toteuttama terveyden edistämisen näkökulma näkyy muun muassa asiakkaan motivoinnissa. Kuntoutujan kanssa keskustellaan tavoitteista ja kuntoutusmenetelmistä. (KYTKE-hanke 2011. Hakupäivä 20.4.2013.)

Ravitsemuksella on merkittävä vaikutus aivoverenkiertohäiriöisen kuntoutumiseen. Yleisesti aivoverenkiertohäiriöön sairastumiseen ovat ajoittain vaikuttaneet epäterveelliset elämäntavat, kuten muun muassa kovat rasvat ja epäsäännöllinen ruokailu. Fyysisen toimintakyvyn kartoituksella haluttiin selvittää liikkumista ja päivittäisistä toiminnoista selviytymistä. Tärkeää oli myös henkilökohtainen hygienia. Hyvinvointiin tärkeitä vaikuttavia tekijöitä olivat myös ymmärretyksi tuleminen, kyky ymmärtää annettuja ohjeita, keskittymiskyky ja muisti, joita mitattiin tarvittaessa MMSE-mittauksella. Kognitiivisen toimintakyvyn kartoitukseen sisältyy muun muassa päätöksentekokyky ja ohjauksen tarve päivittäisissä toiminnoissa. Psykyllisen toimintakyvyn selvittämiseen kartoitettiin mielialaan liittyviä, kuten turvattomuuden tunne, ahdistus ja pelko. Myös voimavarat ja kiinnostuksen kohteet kartoitetaan. Kiinnostuksen kohteilla voidaan motivoida asiakasta ja selvittää millaisia mahdollisuuksia olisi esimerkiksi harrastaa ja oliko sellaista mahdollista järjestää. AVH-vastaava voi auttaa myös näissä järjestelyissä. Sosiaaliseen toimintakyvyn kartoittamiseen liittyi muun muassa kotiolosuhteet, onko tukiverkostoa, kenen kanssa voi keskustella, yleensä osallistuminen ja onko mahdollista hoitaa omia asioita. (KYTKE-hanke 2011. Hakupäivä 20.4.2013.)

AVH-vastaava valmistelee kuntoutussuunnitelman laatimisen, jossa huomioidaan kuntoutukseen liittyviä toiveita, odotuksia sekä tiedon ja tuen tarvetta. Hän käy läpi AVH-kuntoutujan kanssa Aivoliiton esitteet. Kuntoutuja kertoo omat toiveet ja odotukset, mikä on kuntoutumisen kannalta oleellista. Kuntoutujan tunne, että häntä kuunnellaan, oli yksi motivaatioon vaikuttava asia. Terveiden edistäminen kuntoutusprosessissa on asiakkaan kannustamista, kuuntelemista, taustan ja tapojen huomioimista. Tärkeää kuntoutumisen toteutumiselle ovat myös yhteistyö puhe-, fysio, toiminta- ja ravitsemusterapeuttien kanssa. Kuntoutuja pääsee tapaamaan kaikkia mainittuja terapeutteja. Terapeutit selvittävät kuntoutujan taustatiedot ja hoidontarpeet, jokainen oman asiantuntija-alansa puitteissa. Yhdessä laaditaan asiakkaalle hoito- ja kuntoutussuunnitelma toimintakyvyn arvioinnin pohjalta. AVH-vastaava varmistaa, että suunnitellut terapiat toteutuvat. (KYTKE-hanke 2011.Hakupäivä 20.4.2013.)

AVH-vastaava pitää ohjaustunnin, jossa hän neuvoo ja ohjaa omaisia. Ohjaustunnilla käsitellään muuttunutta elämäntilannetta, prosessin kulkua ja kestoja. Ohjaustunnin jälkeen siirrytään kuntoutussuunnitelman laatimiseen ja kuntoutukseen. Kuntoutukseen vaikuttavat kuntoutujan lähtökohdat, kuten motivaatio, tuki, taustat ja tukiverkostot. AVH-vastaava motivoi myös henkilöstöä kuntouttavaan työotteeseen ja toteuttamiseen työyksikössä. AVH-vastaava pitää myös yhteyttä paikalliseen yhdistykseen tai liittoon. Aluksi pidetään kuntoutussuunnitelmapalaveri, jossa AVH-vastaava toimii alustajana. Palaveriin osallistuvat lisäksi terapeutit, lääkäri, kuntoutuja ja hänen omaisensa. (KYTKE-hanke 2011.Hakupäivä 20.4.2013.)

Siirryttäessä kotiutussuunnitelmapalaveriin ja kotiutumiseen, järjestetään kuntoutuspalaveri osastolla kerran viikossa. Mukana ovat AVH-vastaavan lisäksi lääkäri ja terapeutit. Sosiaalityöntekijä osallistuu tarvittaessa. Lääkäri arvioi mahdollisen kotiutumisen. Kotikäyntiä sovitaan kuntoutujan ja omaisen kanssa lääkärin arvion perusteella. Kotikäynnillä arvioidaan mahdolliset asunnonmuutostyöt, kotihoidon- ja apuvälinetarpeet. Kotikäynnillä huomioidaan kaikki seikat, jotka vaikuttavat AVH-kuntoutujan liikkumiseen ja suoritukseen päivittäisissä toiminnoissaan. Kotilomasta sovitaan ja kotilomalomakkeeseen perehdytään. Kuntoutuja saa mukaansa kotilomalomakkeen, jonka avulla hän arvioi kotona selviytymistään. Kotilomakkeen avulla AVH-vastaava saa tiedon miten kotona on selvitty. Lomakkeen avulla saatujen tietojen perusteella arvioidaan asetettuja tavoitteita ja toimenpiteitä. tämän jälkeen sovitaan kotiutussuunnitelmapalaveri, jossa muun muassa jaetaan vastuut kotiutumisen mahdollistavista toiminnoista tavoitteena päivitetty kuntoutus- ja palvelusuunnitelma. Suunnitelma voi sisältää riippuen yksilöllisestä palvelutarpeen arvioinnista kodin-

muutostöiden varmistaminen, apuvälineet, kuljetuspalvelut, turvapuhelin, kulunvalvonta, p-lupa, kotihoidon tarve, jatkoterapiat, apteekkisopimus jne. (KYTKE-hanke 2011.Hakupäivä 20.4.2013.)

Kuntoutuja voi olla yhteydessä AVH-vastaavaan kaikissa kuntoutumiseen liittyvissä asioissa. Jatkohoito kotona jatkuu eri asiantuntijoiden turvin, mikäli kotihoidon kriteerit täyttyvät ja kuntoutuja ottaa vastaan jatkohoidon kotonaan. AVH-kuntoutujan kotona selviytyminen perustuu muun muassa omaan motivaatioon, tiedon vastaanottamiseen, tukeen ja kuntoutumisen onnistumiseen. (KYTKE-hanke 2011.Hakupäivä 20.4.2013.)

Kuntoutujan hoitopolku riippuu paljon sairaudesta, miten se on vaikuttanut toimintakykyyn. Se vaikuttaa myös millainen jatkokuntoutus suunnitellaan. Mikäli kuntoutuja ei täytä kotiutumisen kriteereitä, kyseeseen voi tulla jatkokuntoutus osastolla. Tällöin kuntoutusohjaaja vastaa kuntoutusprosessista AVH-vastaavan parina. Kuntoutusprosessin valintaan vaikuttaa millaiset toipumisedellytykset kuntoutujalla on ja mitkä ovat tavoitteet. Esimerkiksi millainen on yleinen terveyden tila, spastisuus ja kognitiiviset oireet. Kuntoutusjaksoa ja ajankohtaa toteutettaessa ja suunniteltaessa, huomioidaan muun muassa terapioiden määrä, tarvittavat henkilöstöresurssit muun muassa varmistetaan erityisosaaminen, kuten neuropsykologinen kuntoutus, valvonnan ja omahoitajan tarve. Kuntoutusprosessi toteutuu lähes samalla tavalla kuin AVH-vastaavan hoitoprosessissa. (KYTKE-hanke 2011.Hakupäivä 20.4.2013.)

Kuntoutuksen jälkeinen kotiutuminen toteutuu myös sovitulla kotikäynnillä, johon osallistuvat moniammatillinen henkilöstö, jotka arvioivat AVH-kuntoutujan palveluntarvetta oman osaamisaluensa puitteissa. (KYTKE-hanke 2011. Hakupäivä 20.4.2013.)

AVH-vastaava saa raportin kuntoutujasta ja jatkoterapian tarpeesta. Varmistaa, että kuntoutujalle suunnitellut terapiat toteutuvat kotiutumisen jälkeen. AVH-vastaava on yhteydessä kuntoutujaan ja tukee kuntoutuksessa kotiutumisen jälkeen. Aivoverenkiertohäiriön ennaltaehkäisy on AVH-vastaavan terveyden edistämisen toimintaa AVH-kuntoutujan hoitoprosessissa. Ohjeistaminen terveyskäyttäytymiseen liittyy ruokavalio, liikunta, tupakointi, ravitsemus ja alkoholin käyttö sekä kardiovaskulaariset tekijät. AVH-vastaava opastaa erilaisten sosiaalietuuksien hakemisessa, päivittää kuntoutussuunnitelmaa, kartoittaa toimintakykyä, huolehtii sosiaalisen kuntoutuksen edistymisestä, seuraa palvelun tarvetta ja kuntoutuksen toteutumista. Lisäksi AVH-vastaava laatii suosituksen terapioiden ja apuvälineistä. AVH-vastaava huolehtii myös, että kontrollikäynnit toteu-

tuvat asianmukaisesti. AVH-vastaavan tehtävä on saada ”väliinputoajat” kuntoutuksen piiriin. (KYTKE-hanke 2011. Hakupäivä 20.4.2013.)

Kotihoito on merkittävä apu kotona asumisen tukemiseen. Kotihoito tekee yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa. Kotihoito avustaa päivittäisissä toiminnoissa AVH-kuntoutujaa, ja on omalta osalta ennaltaehkäisemässä aivoverenkiertohäiriön uusiutumista. Kaikki toimijat ovat tärkeitä ja yhteistyö korostuu entisestään. Yksin on hankala toteuttaa ennaltaehkäisevää työtä. (KYTKE-hanke 2011. Hakupäivä 20.4.2013.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata AVH-vastaavien kokemuksia KYTKE-hankkeessa kehitetystä toimintamallista aivoverenkiertohäiriöihin liittyvän kuntoutuksen tukena sekä ajatuksia toiminnan kehittämishaasteista. AVH-vastaava on henkilö, joka koordinoi AVH-potilaan hoito- ja palveluprosessin kokonaisuutta. Huomiota kiinnitetään kotona selviytymisen tukemiseen ja hoito- ja palveluprosessien saumattomaan kytkeytymiseen toisiinsa. Tutkimuksesta saatua tietoa käytetään toimintamaalin jatkokehittämisessä.

Tutkimustehtävänä oli vastata kysymyksiin:

1. Millaisia kokemuksia AVH-vastaavilla on KYTKE-hankkeessa kehitetystä toimintamallista aivoverenkiertohäiriöihin liittyvän kuntoutuksen tukena?
2. Millaisia kehittämis ehdotuksia AVH-vastaavilla on toiminnan kehittämiseksi?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tutkimusmenetelmänä laadullinen tapaustutkimus

Tutkimus toteutettiin laadullisena tapaustutkimuksena, koska haluttiin saada tietoa AVH-vastaavien kokemuksista toiminnastaan AVH-kuntoutujien hoito- ja palveluprosessin tukena sekä heidän ajatuksiaan toiminnan kehittämistarpeista. Tapaustutkimuksen avulla pyritään lisäämään ymmärrystä ja hakemaan tietoa ilmiöstä siten, että tuloksilla voidaan osoittaa olevan laajempi merkitys ja niitä voidaan soveltaa (Metsämuuronen 2006, 90; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, hakupäivä 3.5.2013; Jyväskylän yliopisto 2013, hakupäivä 14.04.2013.) Laadullinen tutkimus vastaa kysymyksiin mitä, miksi ja kuinka, se on luonteeltaan muun muassa kuvailevaa ja arvioivaa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 134-166).

Tapaustutkimuksen tarkoituksena on tutkia intensiivisesti jotakin sosiaalista kohdetta, kuten tässä tapauksessa AVH-vastaavien kokemuksia uudesta toimintamallista. Koska kyse on uudenlaisesta kokonaisuudesta, johon vaikuttaa monta tekijää, on pyritty saamaan esiin kokonaisvaltainen ja tarkka kuvaus kokemuksista. Tapaus on ainoa laatuaan ja siksi tärkeytensä vuoksi tutkimisen arvoinen. (Routio 2007, hakupäivä 6.5.2013; Ylemmän AMK-tutkinnon metodifoorumi 2013, hakupäivä 6.5.2013.)

Laadullisen tutkimuksen tarkoitus on saada tietoa ilmiöstä kuvaamalla, jäsentämällä, tulkitsemalla ja ymmärtämällä sekä etsimällä merkityksellisyksiä. Laadullisessa tutkimuksessa ei tarkalleen tiedetä mitä tutkija etsii, ja siksi avoin mieli on tärkeää (Pitkäranta 2010, 118, hakupäivä 6.5.2013).

Laadullisessa tapaustutkimuksessa korostetaan, että mitä tahansa havainnot ovat ja miten tahansa ne on tehty, on tärkeää, että niitä tulkitaan niiden tuottamisen kontekstissa. Toisin sanoen puhtaita faktoja ei ole olemassa. Havaintojen arvo faktoina riippuu kysymyksistä, jotka esitetään aineistolle. Tulkintojen luotettavuudesta ei ole valmista kaavaa mitata validiteettia. Mikä tahansa yksittäisistä vihjeistä voisi sopia kuvaamaan moniakin eri asioita (Alasuutari 2013. Hakupäivä 27.1.2013.)

Vastauksia tutkimustehtäviin haettiin teemahaastattelun avulla. Teemahaastattelun kysymykset olivat puolistrukturoituja kysymyksiä ennalta sovitun mukaisesti. Kysymyksien laatimiseen saimme apua KYTKE-hankkeelta. Teemahaastattelukysymyksiä tarkennettiin (Liite 5.) kirjattujen apusanojen avulla.

4.1 Aineiston kerääminen ja analyysi

Opinnäytetyön aineisto kerättiin haastattelemalla AVH-vastaavia. Haastatteluun osallistui yhteensä seitsemän AVH-vastaavaa. Haastattelu tapahtui AVH-vastaavien työyksiköissä. Haastattelun teemat liittyivät kokemuksiin KYTKE-hankkeessa kehitetystä toimintamallista aivoverenkiertohäiriöihin liittyvän kuntoutuksen tukena sekä ajatuksia toiminnan kehittämistarpeista.

Kaikilla AVH-vastaavilla, joita oli n 20, oli mahdollisuus osallistua tutkimukseen. Soitimme heille ja kysyimme halukkuutta osallistua. Aikataulusteiden vuoksi muutamat eivät voineet osallistua. Muutamalta emme saaneet mitään vastausta. Haastatteluajat sovittiin puhelimesta. Yksi haastatteluista tehtiin puhelinhaastatteluna. Kuusi AVH-vastaavaa haastateltiin heidän työyksiköissään. Haastattelut suoritettiin neljällä eri paikkakunnalla Oulun eteläisellä ja pohjoisella alueella. Haastattelut suoritettiin kesäkuussa 2012. Haastattelut kestivät 30-60 minuuttia. Haastatteluaineistoa tuli yhteensä n 20 A4 sivua rivivälillä 1.

Haastattelut nauhoitettiin, jolloin ei tarvinnut kirjoittaa ja jäi aikaa muuhun havainnointiin. Haastateltaessa vaikutti, että haastateltavat olivat vakuuttavia ja pitivät kysymyksiä tärkeinä. Haastattelu-tilanteet osoittautuivat mielenkiintoisiksi, koska keskustelua syntyi runsaasti. Haastateltavat olivat innokkaita ja asioita tuli paljon. AVH-vastaavan toiminnan arviointia pidettiin tärkeänä.

4.2 Aineiston analysointi

Tutkimusaineiston analyysimenetelmäksi valitsimme aineistolähtöisen sisällönanalyysin, joka on laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä. Sisällönanalyysillä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä muodossa ja etsitään aineiston merkityksiä. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan myös pyrkimystä kuvata dokumenttien, tässä tapauksessa haastattelujen ja sisältöä sanallisesti sellaisenaan. Analyysissa on olennaista, että aineistosta erotetaan erilaisuudet ja samanlaisuudet. Aineistoa kuvaavat luokat on yksiselitteisiä ja poissulkevia. Tekstin sanat luoki-

tellaan samaan luokkaan muun muassa tarkoituksen, merkityksen ja seurauksen perusteella. (Anttila 2007, 120; Tuomi & Sarajärvi 2009, 92.)

Haastattelut nauhoitettiin, kuunneltiin ja litteroitiin sana sanalta. Aineiston pelkistämisessä työtämme ohjasivat tutkimustehtävät, joiden mukaan aineistosta haettiin olennaiset ja samankaltaiset ilmaisut, jotka yhdistettiin ja koottiin alaluokiksi. Alaluokkia muodostui yhteensä seitsemän kappaletta (liite 6). Haasteena on ollut tutkimustehtävien kannalta oleellisissa asioissa pysyminen.

5 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimustulokset esitetään teemoittain. Teeman alla vastataan molempiin tutkimusongelmiin: AVH-vastaavan kokemukset KYTKE-hankkeessa kehitetystä toimintamallista ja toiminnan kehittämistarpeista.

5.1 AVH-vastaavan kokemuksia toimintamallista

5.1.1 Toimintamallin käyttöönotto ja resurssointi

Toimintamallin koettiin olevan selkeä ja toimiva. Jonkun mielestä AVH-vastaavan työn onnistumiseen vaikutti muun muassa millainen toiminta ja organisaatio ovat ja millainen työkokemus ja oliko kuinka laajat verkostot.

”kyllä se mun mielestä ihan selkee toimintamalli on..”

Avh-vastaavan toimintamallin käyttöönoton myötä yhteistyö sosiaalityöhön ja terveysasemille on ollut aktiivisempaa ja kotipalveluun on myös yhteistyö lisääntynyt. Toiminnasta on tullut vahvaa ja monitoimijaista. Ohjaus on kehittynyt ja on monipuolisempaa. Asiakkaita ohjataan muun muassa seurakunnan piiriin.

Epäselvyyksiä koettiin olleen muun muassa kuntoutussuunnitelmassa. Vasta äskettäin oli tullut selvyys siihen, että kuntoutussuunnitelma sisältyy epikriisiin eikä erillistä kuntoutussuunnitelmaa erikoissairaanhoidosta välttämättä tulekaan. Tosin siinäkin oli puutteita, kaikille kuntoutussuunnitelmaa ei ollut epikriisissäkään aloitettu.

AVH-vastaavan toimintamalliin liittyvästä mittarikansioista ei ollut selkeästi puhuttu, joka sisälsi muun muassa depressio-, toimintakyky-, ravitsemus- ja toimintakykymittarit. On koettu, että mittareita olisi voinut alueellisesti hyödyntää, jolloin tulisi yhtenäisyyttä niiden käyttöön.

Suurimmaksi ongelmaksi koettiin AVH-vastaavien resurssien riittävyys. Myös AVH-vastaavien aivoverenkiertohäiriöön liittyvä osaamisen vahvistaminen koettiin tärkeänä, siihen olisi enemmän

pitänyt kiinnittää huomiota. AVH-vastaavan toimintamalliin opetteleminen oli vienyt jonkin verran asiakkailtakin aikaa pois.

AVH-vastaavien kertoman mukaan, hankkeet tulisi suunnitella ja resursoida paremmin, jotta työn tekeminen on mahdollista mahdollisimman hyvin. Koettiin että päätöksiä tehdään johtotasolla. He eivät välttämättä näe tarpeita ja resurssin tarvetta selkeästi. Oman työn ohella AVH-vastaavana toimiminen koettiin haasteelliseksi.

”...tullee ohjeistuksia ja sieltä näitä organisoidaan hyvin laajasti ja tehhään erilaisia hienoja systeemejä, mutta sitt e se että ja pilotoidaan ja kokeillaan mitä sitte ku se jää ainoastaan niitten hanke-työntekijöiden kohalla ehkä vahvemmaks elämään..”
”...jos et oo ollu tässä prosessissa mukana, niin se ei tuu niin vahvasti sinnuun se asia...”

AVH-vastaavat kokivat perehdyttämisen olleen puutteellista AVH-toimintamallin käyttöönottamisessa. AVH-vastaavat toivoivat työnantajan panostusta tämän suhteen.

”Muistan, kun avopuolen AVH-vastaavaksi nimetty henkilö soitti mulle sillon, oisko ollu maaliskuuta, että mikä tämä on tämä AVH? Mistä minä saan sen kansion? Kukaan ei ollut perehdyttänyt, sille oli vaan annettu se työ. Yritin selittää sen, mitä olin siihen mennessä ymmärtänyt..”

Joidenkin haastateltavien mielestä AVH-toimintamalli oli keskeneräinen sen käyttöönottovaiheessa. AVH-vastaavat saivat kerralla paljon materiaalia ja sähköpostia ja niihin perehtymiseen ei ollut varattu aikaa. AVH-vastaavan työtä tehtiin oman päätyön ohella, joka useimmiten oli kolmivuorotyötä. Toisaalta muutama AVH-vastaavista koki, ettei AVH-kuntoutuksen kanssa tehtävä konkreettinen työ ole muuttunut aikaisemmasta vaan nyt on tullut työn tueksi esitteitä ja oppaita, joita käydään AVH-kuntoutuksen kanssa läpi. AVH-vastaavat toivoivat, että heitä lisättäisiin joka kuntaan kuntayhtymän sisälle niin vuodeosastolle kuin avoterveydenhuoltoon poliklinikoille.

Toimintamallissa koettiin olevan selkeät osa-alueet, joilla pyrittiin tehostamaan hoito- ja kuntoutusprosesseja, mutta joka vaati kunnissa sitoutumista niiltä työntekijöiltä, jotka lähtivät siihen mukaan. Vaadittiin myös panostusta ja asennemuutostakin tehdä työtä eri tavalla ja ottaa uusia ku-

vioita malliin, mikä tarkoittanee uusia toimintamenetelmiä. Lisäksi yhteistyö koettiin tärkeäksi toimijoiden kesken. Koettiin, että AVH-vastaavan täytyisi olla kiinnostunut, innostunut ja kuntoutusta myönteisesti ajatteleva, mikä vaikuttaa tehtävän onnistumiseen. Toisaalta tehtävää haittasi 3-vuorotyö, joka rajoitti selkeästi AVH-vastaavan työn tekemistä. Kuntoutussuunnitelmien laatiminen ja verkostopalaverien järjestäminen veivät paljon aikaa.

5.1.2 AVH-kuntoutus vuodeosastolla

AVH-vastaavat kokivat vuodeosaston ja fysioterapian yhteistyön sujuneen hyvin. Erääseen työyksikköön oli saatu oma kokopäiväinen fysioterapeutti. Avoterveydenhuollon kanssa toiminta koettiin sujuneen hyvin aikaisemminkin, tosin fysioterapeutti oli silloin vain käynyt vuodeosastolla kaksi kertaa päivässä. Tuolloin keskustelut AVH-kuntoutujan tilanteesta olivat jääneet vähäisiksi. AVH-vastaavat olivat saaneet AVH-kuntoutujan asentohoitokoulutusta työn tueksi fysioterapeutilta ja AVH-vastaavat kokivat AVH-toiminnan olevan parempaan suuntaan menossa. Moniammatillisuus oli lisääntynyt aikaisempaan verrattuna näiltä osin.

Koettiin, että osastolla työskentelevä AVH-vastaavan on helpompi tehdä työtään, kun potilas on osastolla läsnä, vaikka jakso on lyhyt. AVH-vastaava on perehdyttänyt hoitajia kuntoutusta tukevaan hoitotyöhön, jossa on käyty läpi ohjausmalleja, peruseriaatteita ja ideoita. Hoitajilla on tietotaitoa, mutta kiire haittaa jonkin verran toimintaa, johon vaikuttaa myös asenne. Kuntoutujat, joilla on ”graavimmat” oireet saivat ohjauksen selkeämmin ja tehokkaammin kuin ne joilla oli lievemät oireet.

Erään AVH-vastaavan mielestä osaston toiminta on merkittävästi muuttunut uuden toimintamallin myötä entiseen verrattuna. Osastot oli jaettu soluihin sekä aloitettu kuntoutuspalaverit, jossa olivat mukana fysioterapeutti, lääkäri sekä AVH-vastaava. Palaverissa on käyty läpi kuntouttavan hoitotyön asioita.

Toisaalla kokemus on, että vuodeosastotyöhön tarvitaan moniammatillista yhteistyön lisäämistä. Terapeuttien ja hoitajien yhteistyötä tulisi tiivistää. Potilailta oli tullut jonkin verran palautetta AVH-vastaaville pitkin matkaa ja se ei ole aina ollut positiivista. Kuntoutuminen aivoverenkiertohäiriöistä vaatii sairastuneen potilaan ympärille moniammatillisen tiimin.

”...moniammatillisen yhteistyön lisääminen pitäisi olla vuodeosastolla, vaikka kans

5.1.3 AVH-kuntoutujan tiedon siirtyminen hoitoyksiköstä toiseen

Suojattu sähköposti oli koettu toimivaksi alkuvaikeuksista huolimatta. Yksi neljästä AVH-vastaavasta ei ollut saanut suojatun sähköpostin kautta kuin yhden AVH-kuntoutujan tiedot. AVH-vastaavat olivat kokeneet kuitenkin saaneensa kaikista AVH-kuntoutujista tiedot jollakin tapaa, kun aikaisemmin joistakin AVH-kuntoutujista ei tullut mitään tietoa mistään kautta. Suojatun sähköpostin alussa oli ollut vaikeuksia salasanojen kanssa ja uusia salasanoja oli jouduttu useaan otteeseen pyytämään. AVH-vastaavat kokivat, että yksi tiedonsiirtoreitti olisi ollut selkein. Käytössä oli kolme reittiä, puhelimitse tapahtuva tiedonsiirto, kirjeitse tulevat epikriisit ja suojattu sähköposti. Useimmissa työyksiköissä puhelin ja kirjeitse tulevat epikriisit olivat enemmän käytössä olevia kuin suojattu sähköposti. Tiedon siirtymisessä oli ongelmia erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä epikriisien ohjautumisessa väärin yksiköihin usean kunnan kuntayhtymässä. Myös epikriisien sisällössä oli puutteellisuutta, muun muassa oli ollut vaikea saada selville, minkä kunnan AVH-kuntoutuja oli kyseessä.

Hyvänä oli koettu puhelimen välityksellä AVH-kuntoutujasta saadun tiedon tueksi tehty ”täsmällistä”, josta puhelun aikana voi tarkistaa saavansa kaikki mahdollinen tärkeä tieto uudesta AVH-kuntoutujasta. Tosin tässäkin aika- ja työvoimaresurssi ei tahdo antaa myöten. Toisinaan koettiin olleen niin kiirettä, ettei ”täsmällistä” ehdi tarkistamaan puhelun aikana varsinkin, jos puhelun ottaa vastaan vastaava sairaanhoitaja.

Eräiden AVH-vastaavien mielestä suojattu viestintä oli koettu erittäin hyvänä. Epikriisit olivat tulleet paremmin. Suojattua viestikanavaa oli käytetty kuitenkin vähemmän ja oli koettu, että olisi pitänyt enempikin käyttää. AVH-vastaavat kokivat suojatun viestinnän olevan silti tehokas ja säästävän puhelimitse käytettävää aikaa. Videoneuvottelua on käytetty, muun muassa koulutuksia oli ollut sen kautta. Tämä oli helpottanut osaltaan yhteistyötä ja yhteydenpitoa. Pääasiallisesti kaikki oli toiminut teknisesti hyvin. Toivottiin, että tämän tyyppinen viestintä jatkuisi.

5.1.4 AVH-kuntoutujan tukeminen AVH-vastaavan toiminnalla

AVH-kuntoutujan kannalta avoterveydenhuollon oma AVH-vastaava tukee AVH-kuntoutujan kotona selviytymistä entistä paremmin. AVH-vastaavat olivat kokeneet kotilomalomakkeen hyväksi kotona selviytymistä ajatellen, koska siinä saadaan kartoitettua AVH-kuntoutujan apuvälinetarve ilman, että olisi välttämätöntä tehdä kotikäynti erikseen. Lomakkeet, joihin laitetaan AVH- vastaavan nimi puhelinnumeroineen, koettiin myös AVH-kuntoutujan selviytymistä kotona tukevaksi. Aikaisemmin AVH-kuntoutujan eivät välttämättä ole tienneet kehen ottaa ongelmatilanteissa yhteyttä.

Kuntoutusketjun toimivuus on tehostunut ja tiedonkulku edistää sen jatkuvuutta. Kelaan päin tehtävät asioinnit ovat helpottuneet. Kuntoutujan kanssa tehtävä yhteistyö on tullut tehokkaammaksi, muun muassa on edistytty tulevaisuuden suunnittelussa, jossa on mietitty esimerkiksi työikäisten kohdalla työkokeiluja ja onko ammatillisen kuntoutuksesta ollut hyötyä. Myös koko perhe on paremmin ollut mukana. Muutosten koettiin olleen hyviä. Kuntoutujan ohjauksessa on käytetty joissakin paikoissa GAS (Goal Attainment Scaling) -menetelmää. GAS on yksi tapa saada asiakkaan omat tavoitteet esille. Kuntoutujan tavoitteille asetetaan pienempiä tavoitteita, jotka ovat myös realistisia ja tavoitettavissa. Kuntoutujaa avustetaan tavoitteiden asettamisessa, jotta niistä ei tulisi epärealistisia. Tavoitteiden asettelu tukee kotona selviytymistä ja ohjaa myös sosiaalisten palveluiden piiriin. GAS on ollut hyvä työväline AVH-vastaavan työssä. GAS:ia ei kuitenkaan ole AVH-vastaavan käyttöön varsinaisesti määritelty vaan sitä käyttävät ne AVH-vastaavat, jotka ovat saaneet GAS:in käyttöön vaadittavan koulutuksen.

Pitkät välimatkat ovat olleet haasteita AVH-vastaavan toiminnan kannalta. Kuntoutujan näkökulmasta haasteellista on ollut pääseminen lääkärin vastaanotolle. Lisäksi haasteena on ollut miten jaksavat pitkän matkan henkilöauton kyydissä. Lääkärin tai AVH- vastaavan vastaanotolle omaisten pääseminen on ollut haasteellista työssä olon vuoksi ja jatkossa vastaanottoaikojen suunnittelussa tähän olisi hyvä kiinnittää huomiota.

AVH-vastaavat olivat saaneet palautetta asiakkailtaan, että AVH-vastaavan tehtävä oli koettu hyväksi. AVH-vastaavien kuntoutajat/asiakkaat ovat kokeneet AVH-vastaavan voimaannuttavana, eteenpäin vievänä ja tärkeää on ollut, että on joku jolle soittaa. On koettu, että joku kertoo asioista ymmärrettävästi. Kuntoutujat ovat olleet yllättyneitäkin, kun on tunne että välitetään. Anonyymius koetaan asiakkaan näkökulmasta tärkeäksi.

”...potilaat avoimin mielin, tyytyväisiä et on joku jolle soittaa, joka kertoo asioista ymmärrettävästi. Rauhallinen tilanne, ollaan potilasta varten. Ovat yllättyneitä, on tunne että välitetään...”

5.1.5 Kolmannen sektorin ja AVH-vastaavan yhteistyö

Kolmannen sektorin mukana oloa kartoitettiin muutamilla kysymyksillä. Useimmat AVH-vastaavista eivät olleet tekemisissä kolmannen sektorin kanssa laisinkaan ja osa AVH-vastaavista oli vain vastaanottanut sähköpostia ja kirjeitä tai esitteitä. Useat AVH-vastaavista tiesivät kolmannen sektorin järjestäneen omalla tai naapurikunnan alueella AVH-infopäiviä, joissa AVH-kuntoutujille muun muassa vertaistukihenkilöt kertoivat omasta sairastumisestaan. AVH-vastaavat eivät olleet saaneet AVH-kuntoutujia kiinnostumaan AVH-infopäivistä. Kolme AVH-vastaavaa ei tiennyt paikkakunnallaan olevan vertaistukihenkilöitä ennen kuin haastattelijat kertoivat sellaisia olevan. AVH-vastaavat, jotka olivat saaneet kirjeitä Aivoliitolta sopeutumisvalmennuskursseista, kokivat, että kurssit järjestetään liian kaukana Etelä-Suomessa.

Kolmas sektori koettiin hyvänä, koska sieltä tultiin mielellään kertomaan asioista. Kolmas sektori järjesti AVH-vastaaville ja AVH-kuntoutujille koulutuksia, palavereja, tiedollista ohjausta ja antavat paljon materiaalia, jossa on tutkimuksia mukana. Koulutus ja luennot koettiin olevan antoisia ja innostavia. Vertaistukitoiminta koettiin hyväksi. Tukihenkilö toiminta oli ollut sujuvaa ja toiminut käytännössä. Aivoliitto oli jakanut informaatiota ja tarjosi luontolomia asiakkaille. Seurakunnan oli koettu myös olevan hyvä toimija.

AVH-vastaavat toivoivat muun muassa, että Aivoliitto tekisi toimintaansa näkyvämmäksi vertailussa Sydänliittoon ja Reumaliittoon. AVH-vastaavat toivoivat saavansa vertaistukihenkilöiltä tietoa toiminnastaan ja miten heihin tarvittaessa saisi yhteyden. AVH-vastaavat toivoivat kolmannen sektorin mukaan tuloa AVH-kuntoutujan kuntoutukseen tilanteessa, jossa kuntoutuja pystyy ja haluaa ottaa tietoa vastaan. AVH-vastaavat toivoivat Aivoliittoa konkreettisesti lähemmäs.

Kehittämishaasteena toivottiin järjestettävän jatkossa kodinhuollon ja ruoanvalmistuksen kursseja puolisoille, jotka eivät ole tehneet koskaan esimerkiksi kodintöitä, kun toinen on sairastunut. Kurssit tukevat kodin arkea sairastumisen jälkeen.

*”...oli puoliso huolehtinut kaiken kodin asiat, kun sairastui, nii oli ihan ku öö aapi-
sen laijasa...”*

Erään AVH-vastaavan mielestä kolmas sektori voisi vieläkin laajemmin tulla mukaan AVH- vastaavan työn tukemiseen ja kehittämiseen. Voisiko esimerkiksi urheiluseurat ja eläkejärjestöt jollakin tavalla olla mukana toiminnassa. Sopeutumisvalmennuskursseja järjestetään enemmän etelässä, minkä vuoksi moni ei pääse pitkien matkojen vuoksi osallistumaan niihin. Sopeutumisvalmennuskursseja olisi hyvä järjestää tasapuolisesti ympäri maata.

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Aiheen valinta opinnäytetyölle oli pitkä prosessi ja se vaihtui useaan otteeseen. Tiesimme, että opinnäytetyö tulisi koskemaan AVH-aihetta, mutta se, mistä näkökulmasta asiaa lähestytään, oli haastavaa. Löysimme aihealueen yhteistyössä KYTKE-hankkeen kanssa ja olemme kokeneet tämän mielenkiintoiseksi aiheeksi. Haastattelu piti aluksi tehdä Learning Cafe-menetelmällä, mutta emme saaneet AVH-vastaavien aikatauluja sopimaan. Aikataulun tiukkuuden vuoksi päätimme käydä haastattelemassa AVH-vastaavia heidän työyksiköissään ja koimme tämän hyväksi.

AVH-vastaavan tehtävä on tärkeä, ajatellen sairastuneiden määrää ja yhteistyön tarpeellisuutta. Myös hoitoon pääsy nopeutuu, mikä on oleellinen asia aivoverenkiertohäiriöiden hoidossa. Pääsy nopeasti hoitoon vaikuttaa paranemisennusteeseen. Aivoverenkiertohäiriön sairastaneiden kokemuksista on tehty opinnäytetyö, jonka tulokset osoittavat AVH-potilaiden hyötyvän nopeasta ja koordinoitusta hoitoon pääsystä ja sieltä mahdollisesti kotiin. Tulosten mukaan he olivat kokeneet saamaansa hoidon parantaneen elämänlaatua. Jotkut kokivat, etteivät olisi selviytyneet ilman nopeaa ja hyvää hoitoa. Kuitenkin jotkut olivat kokeneet, etteivät he saaneet tarpeeksi tietoa sairaudestaan sairaalassaoloaikana. Se muun muassa osoittaa, että AVH-vastaava on henkilö, joka voi sen tiedon antaa perusteellisesti. Tiedon saaminen vaikuttaa muun muassa omatoimiseen hoitamiseen ja tarkkailemiseen. Riittävä tieto tukee kuntoutujaa paranemisessa ja kotona selviytymisessä. (Korhonen & Sjögren 2009, 23.)

AVH-vastaavan avulla hoitoprosessi on sujuvampaa ja helpottaa hoitoketjun toimivuutta. Tulosten perusteella resursseja tulisi olla enemmän. AVH-kuntoutujan kotona selviytyminen on erityisen tärkeää, johon tarvitaan AVH-vastaavan asiantuntijuutta. Oman työn ohella AVH-vastaavan tehtävään tarvitaan lisää aikaa, jotta hoitoprosessin vaikuttavuus tukisi sairastuneen kuntoutumista mahdollisimman tehokkaasti ja kotiutuminen sujuisi mahdollisimman hyvin. Lisäksi yhteistyö muiden kanssa olisi tehokkaampaa. Jatkohoidon seuranta kotona olisi tiiviimpää ja turvaisi näin ollen kuntoutujan kotona olemisen.

Yhtenä tärkeänä osana AVH-vastaavan työhön liittyen nousi esille haastatteluissa perehdyttämisen tärkeys AVH-vastaavan työnkuvaan. Koulutusta pitäisi olla niin usein, että kaikki halukkaat

niihin pystyvät osallistumaan. Tutkimusaikana järjestettiin Oulussa AVH- vastaaville KYTKE-hankkeen puitteissa koulutuspäivä, jossa käytiin muun muassa läpi eri alueilta saatuja tuloksia hankkeen aikana sekä AVH-vastaavan toimintamallia. Samantapaista AVH-vastaavan toimintamallin sisältöä koskevaa koulutusta olisi pitänyt olla enemmän jo alusta alkaen kaikille halukkaille. Koulutusta tulisi olla tarpeeksi usein, jotta kaikki AVH-vastaavan työtä tekevät tietäisivät, mistä toimintamallissa on kysymys. Esimiesten tehtävänä on perehdyttää tehtävään halukas ja asiasta kiinnostunut henkilö. Hyvään johtajuuteen kuuluu kuunnella alaisiaan ja heidän toiveitaan. Käytäntöjen muuttamiseen tarvitaan tukea esimiehiltä (Häggman-Laitila 2009, 4-11.)

AVH-vastaavan toimenkuva on tärkeä ja siihen sitoutuminen on erityisen tärkeää. AVH-vastaavan työtä ei tehdä vain ”toisella kädellä” muun työn ohella. Korhosen, Korhosen ja Holopaisen (2010, 38-41) mukaan ajan ja taitojen puuttuminen, joihin opinnäytetyössämme saamamme tuloksetkin viittaavat, voivat johtaa työntekijän hakemaan helposti saatavilla olevia tutkimuksia, joiden luotettavuus ja työn kannalta hyödynnettävyys voivat olla kyseenalaisia. Näin voidaan ajautua siihen, että hoitotyön käytäntöjen yhtenäistämistä tukeva toimintamalli voi lisätä hoidon epäyhtenäistämistä. Toisaalta siihen ovat voineet vaikuttaa Gustafssonin, Leino-Kilven & Suhosen (2009, 4-10) mukaan AVH-vastaavan motivaatio työskentelyyn ja sitoutuminen yhteistyöhön muiden toimijoiden kanssa. Myös sillä on merkitystä onko AVH-vastaava ollut tekemässä ja suunnittelemassa toimintamallia, jolloin näin ollen toimintamalli on ennestään tuttu ja siihen on perehdytty paremmin.

AVH-kuntoutusprosessi on järjestelmällisesti koordinoitu kokonaisuus. AVH-kuntoutuja ja omaisen saavat tukea kuntoutusprosessin aikana. Tulosten perusteella toiminnalla on saatu yhteistyötä eri tahoihin muun muassa kotihoitoon, mikä on olennaista AVH-kuntoutujan kotiutumisen ja kuntoutumisen kannalta. Lisäksi kotona oleminen on turvallisempaa. Olennaista oli myös AVH-vastaavan sitoutuminen tehtävään, joka vaikutti selkeästi hoitoprosessin onnistumiseen. Oman työn ohella tehtävän hoitaminen oli haasteellisempaa, mikä viittaa resurssipuutteeseen. Toimintamallia ei ollut konkreettisesti paperilla, joka olisi voinut olla esimerkiksi kaaviona. Pohdimme muun muassa olisiko voinut laatia AVH-vastaavalle toimintamallioppaan, joka toimisi AVH-vastaavan työvälineenä prosesseissa?

Kolmannen sektorin yhteistyö on toiminut kohtuullisen hyvin. Joskin haluttaisiin tasapuolisempaa koulutusten ja luentojen järjestämistä ympäri Suomea, lisäksi näkyvyyttä saisi olla enemmän. Kodinhuollon kursseja toivottaisiin järjestettävän, koska sairastuneiden puoliset saattavat tarvita

tukea kodinhoitoon sairastumisen jälkeen. Sairastunut on saattanut ennen huolehtia kaikesta. Kolmannen sektorin toimijoita saisi myös olla enemmän.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tuomi ja Sarajärvi 2009 mukaan luotettavuuden arvioimiseksi ei ole olemassa yhtä oikeaa selittävää kriteeriä, mutta luotettavuutta käsitellään yleensä validiteetin ja realibiliteetin käsittein. Yksi laadullisen tutkimuksen peruskriteereitä on vastaavuus, jolla tutkijan tuottamat rekonstruktiot vastaavat tutkittavien todellisia alkuperäisiä konstruktioita. Tämän tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan aineistonkeruumenetelmän avulla. Kahden tutkijan tekemä haastattelu avoimilla kysymyksillä lisäävät tulosten luotettavuutta, koska kyselyn vastaajilla oli mahdollisuus perustella toimintaansa. Haastattelun etuihin luetaan haastattelijan toimiminen samalla havainnoitsijana. Muita kriteereitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, luotettavuus, tutkimustilanteen arviointi, varmuus, riippuvuus, vakiintuneisuus, vahvistettavuus ja vahvistuvuus. Meidän tutkimuksen kannalta tärkeänä kriteerinä voitiin pitää siirrettävyyttä, mikä tarkoittaa tulosten siirrettävyyttä tutkimuskontekstin ulkopuoliseen kontekstiin.

Tutkimus on mielestämme luotettava, koska vastaukset kysymyksiin ovat tulleet suoraan AVH-vastaavilta kokemusten kautta ja lähteet ovat enimmäkseen aikaisempaa aihetta sivuavia tutkimuksia. Lisäksi AVH-vastaavien haastatteluun osallistuvien määrä oli kohtuullinen ja KYTKE-hankkeen mielestä riittävä. Tutkimusta tehdessä tietosuoja huomioitiin, koska vastaukset eivät henkilöityneet ja aineisto hävitettiin asianmukaisesti.

AVH-vastaavia informoitiin haastattelusta puhelimitse. AVH-vastaavalla oli mahdollisuus kieltäytyä, jos kokivat itsensä kiireiseksi tai oli muu syy kieltäytyä haastattelusta. Haastateltavat osallistuivat vapaaehtoisesti tutkimukseen. Haastateltaville informoitiin ennen haastattelun alkua puhelimesta, että haastattelut nauhoitetaan ja vain tutkijat kuuntelevat nauhoitukset. Aineiston analysoinnin jälkeen nauhat tuhottiin asianmukaisesti poistamalla nauhoitus muistikortilta.

AVH-vastaavat tiesivät tutkimuksen aiheen. Tosin vastauksiin saattoi vaikuttaa vääristävästi vastausympäristö, joka oli AVH-vastaavan oma työympäristö kiireine aikatauluineen. Lisäksi vastauksiin on saattanut vaikuttaa AVH-vastaavan mahdollinen mukana olo toimintamallin kehittämisessä. Luotettavuuteen saattaa vaikuttaa muun muassa myös prosessin dokumentointi.

KYTKE-hankkeen toimijat hyväksyivät haastatteluteemat. Saimme palautetta teemoista myös ulkopuoliselta AVH-vastaavan työtä tekevältä henkilöltä. Aineiston analyysi tehtiin luotettavasti käyttämällä koko kerättyä aineistoa. Jos haastattelija on pyytänyt vastaamaan annettuun kysymykseen tai väittämään, ja vastaaja on vastannut siihen oikein, ei vastauksia saa jättää tutkimuksen ulkopuolelle (Leino- Kilpi & Välimäki 2006, 292-293.)

6.3 Tulosten sovellettavuus sekä jatkokehittämishaasteet

Jatkokehittämishaasteina esille nousivat AVH-vastaavan toimintamallin toimivuuden kannalta muun muassa suojatun viestinnän jatkuminen ja sen säännöllinen käyttö, koska suojattu viestintä oli loppumassa syyskuussa 2012. Suojattu viestintä toimii hyvin ja tuo tietoa nopeammin. Suojattu viestintä on myös turvallista, koska tietoa saavat vain asiakkaan hoitoa toteuttavat henkilöt.

Haastateltavat toivoivat AVH-vastaavan tehtäville lisää resursseja. Lisä resursointi parantaa hoidon laatua. Muun muassa hoitosuunnitelmat, asiakkaan ja omaisten kanssa tehtävä yhteistyö paranee ja asiakkaalle on enemmän aikaa. Asiakkaan taustoihin, tapoihin ja sairauteen on enemmän aikaa perehtyä.

Kolmannen sektorin kehittämishaasteina voisi olla informaatiotilaisuuksien ja sopeutumisvalmennuskurssien järjestäminen tasapuolisesti ympäri maata. Toivottiin sairastuneille ja heidän omaisilleen tarvittaessa kodinhuollonkursseja, joita voisivat järjestää esimerkiksi liitto, yhdistykset ja Kela.

Tulokset osoittavat selkeästi kannattavuutta toimintamallin käyttämiselle. AVH-vastaavan työ tarvitsee toimintamallin, jotta työnkuva on selkeää ja sitä voidaan toteuttaa prosessimaisesti. Toimintamalli helpottaa hoidonkulkua, jotta kaikki osa-alueet asiakkaan hoitoprosessissa tulevat huomioiduksi. Tulosten yhteenvetona ja tärkeänä jatkokehittämishaasteena voisi laatia AVH-vastaaville toimintamallioppaan, joka toimisi työvälineenä ja käsikirjana kotiutus- ja kuntoutusprosesseissa. Käsikirja auttaisi myös mahdollisten uusien AVH-vastaavien perehdyttämisessä ja hoitoprosessi käynnistyisi heti. Seuraava opinnäytetyön aihe voisi olla toimintamallioppaan suunnittelu ja käyttöön ottaminen, johon tuloksiamme voisi hyödyntää.

LÄHTEET

Aivoliitto. 2012. Hakupäivä 18.10.2012. www.aivoliitto.fi/aivoliitto_ry/liiton

Alin, T. 2008. Aivojen verenkiertohäiriö (AVH) – yhdyshenkilön verkostoituva työ. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Annala, E., Pesonen, H. & Puustinen, A-T. 2010. Peiliterapian käyttö aivohalvauksen saaneen henkilön yläraajan toimintakyvyn edistämiseksi. Hakupäivä 1.8.2012.

<http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/23984/Peiliterapia.pdf?sequence=1>.

Anttila, P. 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Hamina: AKATIIMI Oy.

Asiakkaan ja kodin kytkeminen sosiaali- ja terveydenhuollon saumattomaan hoito- ja palveluketjuun. 2010. Esite. Oulu. KYTKE-hanke.

Eirilä, T. 2012. Miten AVH-kuntoutuksen käy muuttuvassa terveydenhuollossa. AVH 01/12. Hakupäivä 6.3.2013 [http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohäiriö_\(avh\)/julkaisut/avh-lehti/lehtiarkisto](http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohäiriö_(avh)/julkaisut/avh-lehti/lehtiarkisto).

Gustafsson, M-L., Leino-Kilpi, H. & Suhonen, R. 2009. Yksilöllistä hoitoa edistävät tekijät - hoito-henkilöstön näkökulma. Tutkiva hoitotyö. Hoitotieteellinen aikauslehti. Vol.7(4).

Haapala, A. 2011. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan potilasohjausmallin käyttöönotto Haukiputaan terveyskeskuksessa. Opinnäytetyö. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma.

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna. Kariston Kirjapaino Oy.

Häggman-Laitila, A. 2009. Näyttöön perustuvaa hoitotyötä edistävät tekijät - systemoitu katsaus hoitotyöntekijöiden käsityksiin. Tutkiva hoitotyö. Hoitotieteellinen aikauslehti. Vol. 7(2).

Jaakkola, R., Marjala, M., & Meriläinen, P. 2008. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan ohjaus. Teoksessa K. Lipponen, L. Ukkola, O. Kanste & H. Kyngäs (toim.) Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä tuotetut potilasohjauksen toimintamallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 3/2008. Oulu. Oulun yliopistopaino: 75-88.

Julin, M. 2011. Avh-yhdyshenkilötoiminta potilaan näkökulmasta. Hakupäivä 01.08.2012.
http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/38961/Julin_Marita_AVH.pdf?sequence=1.

Jyväskylän yliopisto. 2013. Tapaustutkimus. Koppa. Hakupäivä 14.4.2013
<https://koppa.jyu.fi/avoime/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/tapaustutkimus>

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2004. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOY.

Korhonen, A., Korhonen, T. & Holopainen, A. 2010. Asiiantuntijuus ja näyttöön perustuva toiminta. Tutkiva hoitotyö. Vol.8(3).(sivunumerot ei tiedossa).

Koskinen–Ollonqvist, P. & Savola, E. 2004. Terveiden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Koukkari, M. Tavoitteena kuntoutuminen. Kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Lapin yliopisto. Akateeminen väitöskirja.

Kuisma, M. 2008. Neurologinen potilas ensihoidossa. Teoksessa M. Kuisma, P. Holmström & K. Porthan (toim.) Ensihoito. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.(ei sivunumeroita tiedossa).

Kytökorpi, K. 2012. AVH- potilaan jatkohoidon toimintamalli. Oulu. KYTKE-hanke

Laimio, A. & Karnell, S. 2010. Vertaistoiminta- kokemuksellista vuorovaikutusta. Teoksessa T. Laatikainen (toim.) Vertaistoiminta kannattaa. Solver palvelut Oy.(Ei tiedossa julkaisupaikkaa eikä sivunumeroita).

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2006. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Lindström, B. & Eriksson, M. 2010. Salutogeeninen lähestymistapa terveyteen- teoria terveyden resursseista. Teoksessa A- M. Pietilä (toim.) Terveyden edistäminen- teorioista toimintaan. Helsinki: WSOYpro Oy.(Ei sivunumeroita tiedossa).

Liippola, P., Achren, P., Närhi, A., Vikman, M. & Lehto, E. 2004. AVH-potilaan hoito ja kuntoutus. Hakupäivä 17.10.2012. http://koulut.tampere.fi/materiaalit/avh/1_2.html.

Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. 1.painos. International Methelp Ky. Jyväskylä: Gummeruksen kirjapaino Oy.

Muurinen, S. & Mäntyranta, T. 2011. Asiakasvastaava-toiminta pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli. Hakupäivä 1.11.2012.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=41254&name=DLFE-15516.pdf.

Nieminen, M. & Salonen, E. 2011. AVH- potilaan asentohoito : opas Sysmän terveysaseman vuodeosastonhoitohenkilökunnalle. Hakupäivä 01.08.2012.
<https://publications.theseus.fi/handle/10024/33261>.

Paltamaa, J., Karhula, M., Suomela-Markkanen, T., & Autti-Rämö, I. 2011. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suositukseen vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Hakupäivä 1.8.2012. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/24581>.

Pekurinen, Erhola, M., Häkkinen, U. Jonsson, P., Keskimäki, I., Kokko, S., Kärkkäinen, J., Widström, E. & Vuorenkoski, L. 2010. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Hakupäivä 11.02.2013. www.thl.fi/thl-client/pdfs/0fde485f-a347-40de-96b7-7e77656276bb.

Pietilä, A-M. 2010. Terveyden edistämisen lähtökohtia – katsaus kirjan ydinsisältöihin. Teoksessa A –M. Pietilä (toim.) Terveyden edistäminen teorioista toimintaan. Helsinki: WSOYpro Oy.(Ei sivunumeroita tiedossa).

Pietilä, A-M., Länsimies- Antikainen, H., Vähäkangas, K. & Pirttilä, T. 2010. Terveyden edistämisen eettinen perusta. Teoksessa A-M. Pietilä (toim.) Terveyden edistäminen – teorioista toimintaan. Helsinki: WSOY pro Oy.(Ei sivunumeroita tiedossa).

Pietilä, A-M., Halkoaho, A. & Matveinen, M. 2010. Terveyttä edistävää toimintaa mahdollistavat tekijät ja työn kehittäminen. Teoksessa A-M. Pietilä (toim.) Terveiden edistäminen – teorioista toimintaan. Helsinki: WSOYpro Oy.

Pitkäranta, A. 2010. Laadullisen tutkimuksen tekijälle. Työkirja. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Hakupäivä 6.5.2013.

http://www.samk.fi/download/13153_Laadullisen_tutkimuksen_tyokirja_APitkaranta.pdf

Purola, H. 2000. Kotona asuvan aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen omaisensa kokemuksia selviytymisestä. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Hakupäivä 1.8.2012.

<http://herkules oulu.fi/isbn9514255550/>.

Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymä. 2012. Hakupäivä 25.01.2012

www.ras.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/ras/embeds/raswwwstructure/13976_KYTKE_tiedote_22062011.pdf.

Routio, P. 2007. Tapaustutkimus. Hakupäivä 6.5.2013.

<http://www2.uiah.fi/projekti/metodi/071.htm>

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Hakupäivä 3.5.2013.

http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L5_5.html

Suomalainen lääkäriseura Duodecim. 2008. Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus. Fokuksessa aivoverenkiertohäiriöt ja aivovammat. Suomen Akatemia, 3-1. (Ei julkaisupaikkaa).

Solja, S. 2012. AVH- kuntoutujille ja heidän omaisilleen suoritettu vertaistuen tarvetta kartoittanut kysely Virtain terveyskeskuksessa. Hakupäivä 23.1.2012. <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/hyakaytanto/kuvas/?PracticeId=6eaad06a-8156-4411-9f00-e530202c0b0a>.

Sivenius, J. 2009. Puolet aivohalvauspotilaista jää ilman kuntoutusta. Hakupäivä 25.1.2013.

www.ohjelmat.yle.fi/akuutti/seniorin_seurassa/arkisto/puolet_aivohalvauspotilasta_jaa_ilman_kuntoutusta.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015-kansanterveysohjelmasta. Hakupäivä 25.1.2013.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-6214.pdf.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Terveysportti. Käypähoitosuositus. Aivoinfarkti. Hakupäivä 14.4.2013 ja 21.4.2013
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50051.pdf>.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Tuura, S., Holappa, K., Huttunen, M. & Pekkala, T. 2010. Perusterveydenhuollon kehittäminen Kainuussa -raporttikooste. PaKaste. Pohjois-Suomen monialaiset sosiaali- ja terveyspalvelut-kehittämisen rakenne ja toimintamalli. Kainuun osahanke. Hakupäivä 3.5.2013.
http://maakunta.kainuu.fi/general/Uploads_files/Julkaisut/Sarja%20d/d_42_perusterveydenhuollon_kehittaminen_kainuussa.pdf

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

University of Maryland Medical center. 2011. Stroke. Hakupäivä 6.3.2013
<http://www.umm.edu/altmed/articles/stroke-000159.htm>.

Uusitalo, M. 2005. Aivohalvauspotilaan kuntoutus. Teoksessa M. Mustajoki, S. Maanselkä, A. Alila & M. Rasimus (toim.) Sairaanhoidajan käsikirja. Helsinki : Duodecim. (Ei sivunumerot tiedossa).

Vainio, E. 2012. Ylöjärven perusterveydenhuollon ja Tays'in nykyisiä toimintakäytäntöjä tarkastellen. Hakupäivä 14.4.2013
http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/48270/Vainio_Elina.pdf?sequence=1.

Vilkkumaa, I. 2010. Kuntoutuksen päättäjät ja vaikuttajat. Hakupäivä 3.5.2013.

http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/ajankohtaista/tatakin_voisi_tutkia?bid=24

Viljanen, T. 2011. Aivoliitto ry:n tavoitteet ja strategiat 2020. Asiakirjassa T. Viljanen (toim.) Tavoitteet ja strategiat 2020. Hakupäivä 18.10.2012.

http://www.aivoliitto.fi/files/852/Aivoliitto_ry_tavoitteet_ja_strategia_2020_liittokokous_11_6_2011.pdf.

Virtuaali ammattikorkeakoulu. Case-tutkimus. Hakupäivä 6.5.2013.

<http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojaksot/0709019/1193463890749/1193464144782/1194348546586/1194356433452.html>

IVA-raportti 2011. Ylemmän ammattikorkeakoulun opiskelijat. Terveiden edistämisen koulutusohjelma. Oulun seudun ammattikorkeakoulu.

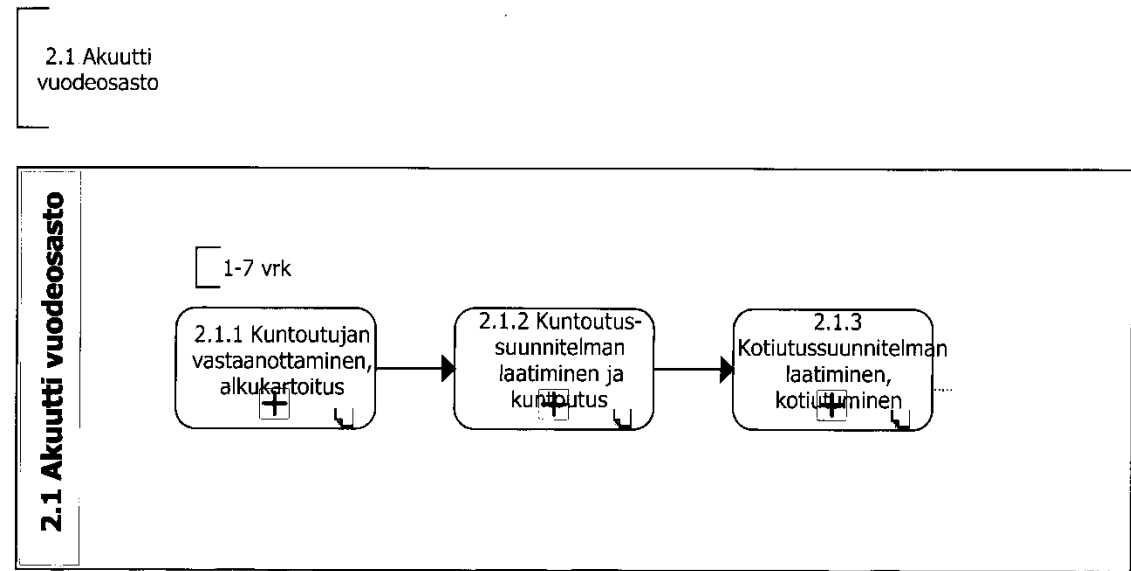
KYTKE-hanke 2011. Hakupäivä 20.4.2013.

http://oulu.ouka.fi/kytke/avh/AVH_kuntoutujan_ideaali_hoito_ja_kuntoutusprosessi_sanallinen_kuvaus.pdf.

Korhonen, S & Sjögren J. 2009. Aivoverenkiertohäiriön sairastaneen kokema terveydellinen elämänlaatu sekä kokemus hoidon tuottamasta hyödystä elämälleen. Laurea-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

LIITTEET

LIITE 1



LIITE 2 TEEMAHAASTATTELURUNKO

Teemahaastattelurunko

1.Miten arvioisit AVH- vastaavan toimintamallin toimivuutta?

- kokemukset, muutokset, sujuvuus, vahvuudet, heikkoudet

2.Miten koet AVH-kuntoutuksen sujuneen vuodeosastolla, jos vertaa entiseen toimintaan ja nyt hankkeen myötä tulleetseen toimintamalliin?

- onko kuntouttavan hoitotyön toiminta muuttunut

3.Miten koet tiedon AVH- potilaasta siirtyneen hoitopaikasta toiseen aiempaan verrattuna?

- millainen kokemus on suojatusta viestinnästä

4.Millaiseksi koet AVH-vastaavan toiminnan AVH-potilaan kannalta?

- millä tavalla potilas suhtautuu toimintaan
- mitä hyvää ja miten sitä voisi tarvittaessa parantaa

5. Miten AVH- vastaavan toiminta tukee mielestäsi kuntoutujan kotona selviytymistä?

6. Miten kolmas sektori on ollut mukana AVH-vastaavan toimintamallissa?

7.Miten kolmas sektorin toimintaa voisi vielä kehittää AVH-vastaavan toiminnan näkökulmasta?

LIITE 3 TAULUKOT AINEISTON ANALYYSISTÄ

TAULUKKO 1. Aineistön pelkistäminen

Alkuperäisilmaukset	pelkistetty ilmaus
<ul style="list-style-type: none"> - toimintamalli tuotiin tosi huonosti, kaikkea mailleja mieletön määrä, ei selkeää ohjeistusta - toimintamalli ajettu sisään epämääräisenä könttinä - yhden ihmisen pittää olla monena vastaavana - päivässä saattoi tulla monta mailia ja sitte sieltä pitkän mailitekstin seasta piti yrittää itse poimia pääasiat, mitä pittää taas tehdä - on siinä varmaan hyvätki puolensa -selkeät suunnitelmat puuttuvat - epikriisit eivät ole tulleet oikeaan paikkaan -potilaista ei aina tietoa ESH :sta, että minkä paikkakunnan potilaasta on kysymys. menee turhaa aikaa ja turhaa työtä selvitellessä sitä - sitten se perehdyttäminen. XXX soitti mulle, oisko ollu maaliskuuta, että mikä tämä AVH on? mistä saa sen kansion? kukaan ei ollu perehdyttänyt, sille oli vaan annettu se työ. - kyllä se perehdyttäminen on esimiehen työtä - kyllä saisi olla joka kunnassa avopuolellakin omat AVH- vastaavat -käytännössä tämä ei oo ollu minusta kovin toimiva - ei toimi käytännössä tällä tasolla , jolla se on meillä. kun on tämmönen monen kunnan kuntayhtymä, se sekottaa hirveesti. ei ne ymmärrä sitä tuolla ESH :ssa. - ESH :ssa voisivat kattoo minne lähettävät ne epikriisit - justiinsa vasta selvisi, että niihin epikriiseihin sisältyy se kuntoutussuunnitelma. että ei tule mitään erillistä - monta kertaa tulee XX-nimellä ne epikriisit ja minä olen esimiehelle sanonut, että ilmoittaa minut sinne myös, eikä vieläkään ole ilmoittanut - ilmottaisi vaikka kunnittain ja nimi perään kenelle siellä, se selkiinnyttäisi hoitopolkua - oikeestaan puuttuu ne suunnitelmat - kolmivuorotyöläisen vaikea hoitaa avopuolelle AVH- potilaat. ei pysty millään, sula mahdottomuus. 	<p>toimintamallin käyttöönoton selkiinnyttäminen</p> <p>tiedon siirtymisen puutteellisuus</p> <p>perehdyttämisen tärkeys</p> <p>esimiehen kannustus ja tuki</p> <p>AVH- vastaavia lisää yksiköihin</p> <p>tiedon siirtäminen oikeaan paikkaan</p> <p>epikriisien ohjautuvuus ja sisältö epäselvää</p> <p>voimavarat /resurssit puutteellisia</p>
<ul style="list-style-type: none"> -suojattu sähköposti on ollut hyvä, tosin ensimmäisiin kuukausiin ei salasana toiminut. piti käydä erään työtoverin salasanalla siellä - moneen otteeseen piti laittaa , että saisinko uudet -se oli kans semmonen niiku puolivalmis. yrittää puolivalmista käyttää - muutaman kerran viikkoon ku käy kattomassa, nii pysyy nyt mukana eikä tarvi epikriisejä ootella 	<p>suojattu sähköposti nopeuttanut tiedonkulkua, kun alkuhankaluuksista selvitty</p>

<p>-suojattu sähköposti on nopeuttanut tiedonkulkua. nyt kun vaikeudet on voitettu. salasanat eivät aluksi toimineet.</p> <p>- kuitenkin 2/3 osaa tiedosta siirtyy paperiversiona. pitäisi päättää mitä reittiä käytetään, selkiinnittäisi toimintaa, kun ei tarvi kaikkia kolmea lähdettä katsoa</p> <p>- ”täsmälista” on ollut hyvänä tukea puhelimitse tiedonsiirrossa</p>	<p>tiedon siirtämiseen yksi reitti</p> <p>”täsmälista” hyvä puhelimen tukena</p>
<p>-yhteistyö kuntoutuksen ja vuodeosaston välillä aina ollut hyvää, mutta on se parantunut. keskustellaan AVH- potilaista enemmän nyt.</p> <p>-muutoin toiminta sinällään ei ole muuttunut</p> <p>-asentohoitokoulutuksia fysioterapeutti on pitänyt vuodeosaston välle nyt</p> <p>- eräs osasto saanut oman fysioterapeutti osastolle hankkeen myötä</p>	<p>yhteistyö entisestään parantunut kuntoutuksen ja osaston välillä</p>
<p>-ei oo hirveesti aiheuttanu meillä muutosta tuo AVH- vastaavan toimintamalli AVH- potilas kannalta, sama ihminen aina tehnyt kuntoutustyötä. omasta aktiivisuudesta se on kiinni miten potilas hyötyy</p> <p>-tosin jotkut potilaat ärsyyntyvät yhteydenotoista..</p> <p>-sairauden laatuakin merkitsee paljon, pystyykö ottamaan tietoa vastaan, vai ei</p> <p>-omaiset ovat myös yksilöllisiä, toiset ovat aktiivisempia kuin toiset</p> <p>-pienen paikkakunnan etu on tuntea kaikki ihmiset/potilaat. tämä toimintamalli tuo isommille paikkakunnille varmaan tiiviimmän tukiverkoston</p>	<p>hoitajan aktiivisuus merkitsee</p> <p>tukiverkoston luominen mallin avulla</p>
<p>-kotona selviytymisen hyödyksi tullut kotilomalomake on koettu hyvänä</p> <p>-ihminen, joka pystyy kommunikoimaan niin ei välttämättä tarvi kotikäyntiä vaan se potilas ottaa yhteyttä, kun on tieto kehen ottaa yhteys</p> <p>-pienellä paikkakunnalla huomataan ja hoksataan muutenki kotona selviytyminen</p>	<p>kotilomalomake mallin myötä työn tueksi</p> <p>oppaat mallin myötä työn tueksi</p>
<p>- kolmas sektori on laittanut sähköpostia. kirjeitä. materiaalikansio on saatu sieltä.</p> <p>-infopäivät on pidetty, mutta meiltä ei kiinnostuneita lähtijöitä ollut mukana ollenkaan</p> <p>-tukitoiminnan kehittäminen olisi hyvä. jokaiselle paikkakunnalle oma tukihenkilö</p> <p>-sopeutumisvalmennuskurssit aina kaukana etelä-suomessa. ei sinne asti jaksu kukaan lähteä.</p> <p>-en oo ollut tietoinen että täälläkin on tukihenkilö</p> <p>- ei sitä muuten ole tullut yhteydenpitoa kolmannen sektoriin kuin ne sähköpostit ja kirjeet sieltä tulleet. olen antanut esitteitä potilaille, ei muuta.</p> <p>- kolmas sektori mukaan sitten, kun potilaan tilanne on tasaantunut</p> <p>-vertaistukitoiminta epäselvää.</p>	<p>kolmas sektori näkyvämmäksi toiminnastaan joka paikkakunnalla</p> <p>esitteet, oppaat, sähköpostia työn tukena. yhteydenotot vähäisiä/ei laisinkaan hoitajan – kolmannen sektorin välillä → yhteistyö</p>

-aivoliitto voisi tehdä itsensä näkyvämmäksi niin kuin sydänliitto, reumaliitto jne. sellasta ryhmätoimintaa -aivoliiton pitäisi myös tiedottaa miten elintavat vaikuttavat ja potilas itse pystyy niillä vaikuttamaan. tämmösiä kehittämisideoita	vertaistukitoiminta enemmän esille mm. tiedottamalla terveistä elintavoista

TAULUKKO 2. Pelkistetyistä ilmauksista alaluokkiin

Pelkistetty ilmaus		Alaluokka
toimintamallin käyttöönoton selkiinnyttäminen	AVH- vastaavia lisää yksiköihin	Perehdytys
tiedon siirtymisen puutteellisuus	tiedon siirtäminen oikeaan paikkaan	
perehdyttämisen tärkeys	epikriisien ohjautuvuus ja sisältö epäselvää	Kannustaminen
esimiehen kannustus ja tuki	voimavarat/ resurssit puutteellisia	
		ajankäytön ja -resurssien hallinta
suojattu sähköposti nopeuttanut tiedonkulkua, kun alkuhankaluuksista selvitty		Tiedon siirto
tiedon siirtämiseen yksi reitti		
"täsmällistä" hyvä puhelimen tukena		
yhteistyö entisestään parantunut kuntoutuksen ja osaston välillä		Yhteistyö
hoitajan aktiivisuus merkitsee		tukiverkosto
tukiverkoston luominen mallin avulla		
kotilomalomake mallin myötä työn tueksi		työn tukeminen lomakkeiden/oppaiden avulla
oppaat mallin myötä työn tueksi		
kolmas sektori näkyvämmäksi toiminnastaan joka paikka-		Yhteistyö

<p>kunnalla</p> <p>esitteet, oppaat, sähköpostia työn tukena. yhteydenotot vähäisiä/ei laisinkaan hoitajan –kolmannen sektorin välillä→ yhteistyö</p> <p>vertaistukitoiminta enemmän esille mm. tiedottamalla terveistä elintavoista</p>	
--	--

TAULUKKO 3. Alaluokista yläluokkiin

Alaluokka	Yläluokka
Perehdytys	Perehdyttäminen
Kannustaminen	Kannustaminen
Yhteistyö	Yhteistyö
Työn tukeminen lomakkeiden /oppaiden avulla	Työn tukeminen
Tukiverkosto	Tukiverkosto
Yhteistyö	Yhteistyö
Tiedonsiirto	Tiedon siirto
Ajankäytön ja -resurssien hallinta	Ajankäytön ja resurssien hallinta

TAULUKKO 4. Yläluokista pääluokkiin

Yläluokka	Pääluokka
Perehdyttäminen	Toimintamallin toimivuus
Yhteistyö	
Tukiverkosto	
Tiedon siirto	
Ajankäytön ja resurssien hallinta	
Työn tukeminen	
Kannustaminen	